Aus der Nervenklinik der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. W. Schulte

Über das Erleben neurologischer Krankheiten

(außer Anfallsleiden)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Hans-Christoph Schimansky
aus Königsberg / Pr.

1968

9565

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547604_0018

Aus der Nervenklinik der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. W. Schulte

Über das Erleben neurologischer Krankheiten

(außer Anfallsleiden)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Hans-Christoph Schimansky
aus Königsberg / Pr.

1968

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan : Professor Dr. med. W. Graumann
1. Berichterstatter: Priv.-Doz.Dr. med. J. Finke
2. Berichterstatter: Professor Dr. med. W. Schulte

MEINEN ELTERN

Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung 7

B. Eigene Untersuchungen

I. Allgemeine Befunde 8

II. Spezielle Untersuchungen 11

1. 4 Formen des Erlebens 13

a) Crescendo 14

b) Decrescendo 25

c) Ambivalenz 32

d) Indifferenz 36

2. Das Erleben der einzelnen Krankheiten 39

C. Diskussion 47

D. Zusammenfassung 57

E. Literatur 61

A. Einleitung

1947 beschrieb SCHULTE die Psyche der Rückenmarksquerschnittsverletzten und stellte dabei ihr angedeutet euphorisch-indolent-apathisches Verhalten heraus.

Dies war der Beginn einer Reihe von Untersuchungen des Selbsterlebens von Patienten mit verschiedenen Leiden:
1955 über Kopfschmerz und Persönlichkeit, 1964 zusammen mit FINKE über das Erleben des Schlaganfalls, 1965 über das der Parkinsonkranken; diese beiden Arbeiten hatten gegensätzliche Ergebnisse: Die von einem apoplektischen Insult Betroffenen waren in einem Crescendoerleben auf die Wiederherstellung der Funktion eingestellt, die Parkinsonkranken in einem Decrescendo auf weitere Verschlechterung.

1967 schloß sich die Arbeit "Epilepsie in der Sicht des Patienten" an.

Diese Untersuchungen stellen dar, wie sich die innere Verarbeitung des Krankheitsgeschehens durch den Kranken vollzieht, was er erlebt, was in ihm vorgeht und wie er sich abfindet. Die Betrachtungsweise ist also mehr dem pathischen als dem ontischen Aspekt verpflichtet. Dabei liegt das besondere Augenmerk auf dem Wirken der autoprotektiven Kräfte (SCHULTE), die, vom Organismus aufgeboten, dem Kranken zu einer zukunftsbezogenen Dynamik verhelfen können.

Auf die Problematik und die Berechtigung einer derartigen Untersuchung sind FINKE und SCHULTE in ihrer Arbeit "Über das Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen" näher eingegangen. Den Wert einer solchen Betrachtungsweise sehen sie darin, daß sie Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Betreuung ergeben kann, indem sie dazu beiträgt, die zukunftsbezogenen Kräfte der Betroffenen für den Behandlungsplan bedeutsam werden zu lassen.

Die vorliegende Untersuchung erfolgt in enger Anlehnung an die obigen Arbeiten. Daher weisen die Ergebnisse viele Entsprechungen auf.

B. Eigene Untersuchungen

Exploriert wurden 100 unausgewählte Patienten, die in dem Zeitraum Juli 65 bis September 66 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen auf den neurologischen Stationen behandelt wurden.

Einzige Einschränkung war die Aussparung der Anfallskranken.

Befragt wurden 45 Frauen und 55 Männer.

I. Allgemeine Befunde

Es folgt ein Überblick über die dabei erfaßten Krankheiten und deren Häufigkeit. Dazu wird die jeweils herausragende Symptomatik angegeben mit den - bezüglich dieser Untersuchung - wichtigsten körperlichen, neurologischen und psychischen Befunden (Graphische Darstellung 1 und 2).

Es sind hauptsächlich solche Angaben aufgeführt, die für die Patienten eine unmittelbare Bedeutung hatten. Es wurden also beispielsweise reflexneurologische Ausfälle und Laborbefunde nicht berücksichtigt.

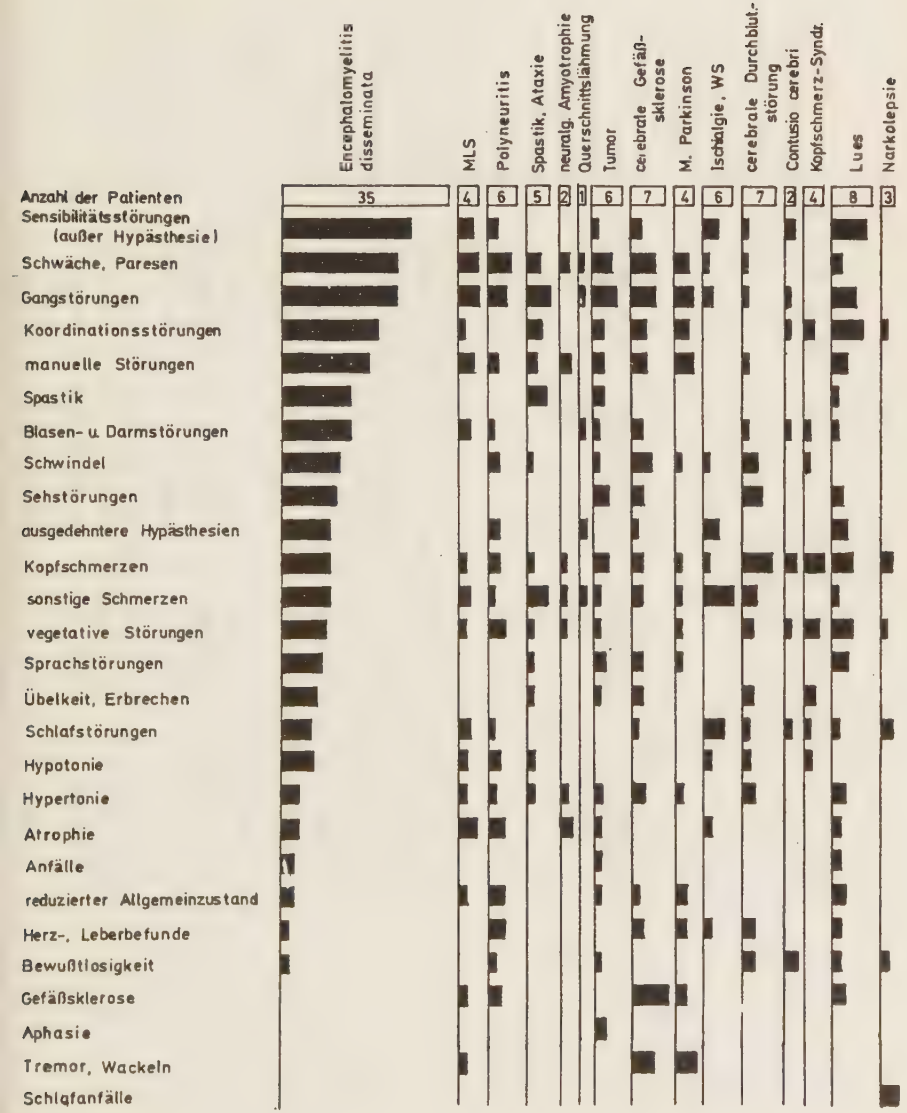
Darstellung 2 gibt die psychischen Befunde wieder. Dabei sind zu verstehen

unter Wesensänderungen: Störungen der Affektivität, Verlangsamung, Senkung des Persänlichkeitsniveaus, Entdifferenzierung u. a.;

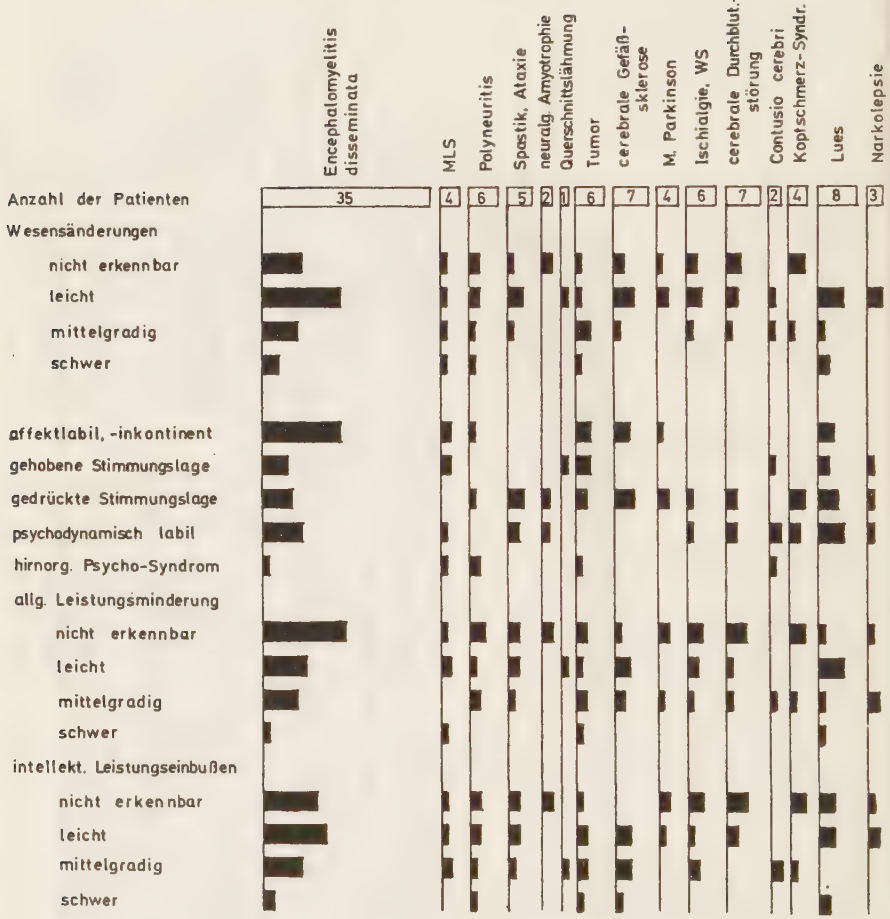
unter allgemeinen Leistungsminderungen: herabgesetzte Merkfähigkeit, Konzentrationsschwäche, Perseverationsneigung, vermindertes Auffassungsvermögen, unvollständige Orientierung u. a.;

und unter intellektuellen Leistungseinbußen: Schwerfälligkeit des Denkens, Mangel an Überblick, Kritikschwäche u. a..

Graphische Darstellung 1



Graphische Darstellung 2



II. Spezielle Untersuchungen

Einige Zeit - 3 Tage bis 3 Wochen - nach der Aufnahme wurden die Patienten eingehender befragt. Dies geschah in Gesprächsform anhand der folgenden 14 Fragen:

1.) Sind Ihnen ähnliche Erkrankungen in der Familie oder ausserhalb bekannt? Auch vor Beginn Ihrer Erkrankung?

2.) Hatten Sie früher damit gerechnet, daß Sie eine derartige Erkrankung bekommen könnten? Hatten Sie eine Verschlechterung oder einen Schub erwartet?

3.) Zu welcher Krankheit rechneten Sie die ersten Erscheinungen? (Oder - nach initialer Bewußtlosigkeit: Was vermuteten Sie, als Sie erwachten?)

4.) Wer hat Ihnen bisher Aufschlüsse über Ihre Krankheit gegeben? Welcher Art waren diese Aufschlüsse?

5.) Worauf führen Sie Ihren Krankheitszustand zurück? Wodurch halten Sie ihn für begünstigt?

6.) Machen Sie sich oder anderen Vorwürfe?

7.) Sind besondere seelische oder körperliche Anspannungen bzw. Belastungen vorausgegangen? Waren frühere Anspannungen und Belastungen weggefallen?

8.) Hat sich Ihr Zustand inzwischen gebessert oder verschlechtert? Inwieweit?

9.) Fühlen Sie sich seelisch verändert: In Ihrem Wesen, in Ihrer Leistungsfähigkeit, Stimmung, Gedächtnis, Wortfindung, Denken? - Machen Ihnen körperliche Behinderungen zu schaffen? Was ist für Sie schlimmer?

10.) Wie wirkt sich Ihr Zustand auf Ihre berufliche Leistungsfähigkeit aus? Sind Sie den Anforderungen weiter in vollem Umfang oder nur zum Teil oder gar nicht gewachsen? Halten Sie eine andere Tätigkeit für möglich?

11.) Wie beurteilen Sie den jetzigen Zustand und die weiteren Aussichten?

12.) Denken Sie mehr an die Zukunft oder an die Vergangenheit? (Wenn Zukunft: Überwiegen Hoffnungen oder Befürchtungen? Wenn Vergangenheit: Mehr Angenehmes oder mehr Unangenehmes?

Vergangenheit als Trost?)

13.) Wie beurteilen Angehörige und weitere Umgebung (Arbeitskollegen, Nachbarn, Bekannte) Ihren Zustand und welche Reaktionen zeigt die Umgebung? Wie ist Ihre eigene Stellungnahme hierzu?

14.) Was träumen Sie? Hat sich der Charakter Ihrer Träume gegenüber früher geändert?

Medizinische Termini wie Diagnosen oder klärende Bezeichnungen wurden nur dann verwendet, wenn der Patient sie von sich aus ins Gespräch brachte.

1. 4 Formen des Erlebens

Bei der Darstellung der Aussagen der Patienten erscheint es zweckmäßig, eine Aufteilung in 4 Weisen des Erlebens vorzunehmen. Diese Gruppierung ergab sich bei der Auswertung.

Es sind dies

a) das Crescendo des Vorwärtserlebens, einer zukunftsbezogenen Dynamik,
b) das Decrescendo des Abstiegs, der Befürchtungen,
c) die Ambivalenz, Wechsel oder Überformung von a) und b),
d) die Indifferenz mit ihrer Unfähigkeit zur Resonanz.

Im Bilde eines Schwimmers in den Gezeiten entspräche das Crescendo dem machtvollen Herangetragenwerden an die Küste mit der Flut, das Decrescendo ist gleich dem Sog der Ebbe, die Küste schwindet; der Ambivalente hofft im Ebbstrom auf das Zurückfluten der Wasser, in der Flut fürchtet er, daß es ihn vor Erreichen der Küste wieder abtreibt; schließlich der Indifferente - er schwimmt auf dem Rücken und kümmert sich nicht um das Auf und Ab des Meeres.

Diese Einteilung ist natürlich nur auf die hervorstechende Tendenz im Erleben ausgerichtet, realiter durchmischen sich die vier Verarbeitungsweisen mehr oder weniger.

Im folgenden werden innerhalb dieser Aufgliederung nur die Momente angegeben, die die jeweilige Erlebensform kennzeichnen und mit ihr vereinbar sind; also beispielsweise Befürchtungen nur unter Ambivalenz und Decrescendo u. ä..

Dies geschieht in der Abfolge der 14 Fragen.

a) Crescendo

29 Patienten lassen eine eindeutig zukunftsbezogene Dynamik erkennen.

1.) Bei der Beantwortung dieser Frage - Ähnliche Erkrankungen bekannt? - kommt bei 43 Patienten eine deutliche Indifferenz zum Ausdruck.

So behaupten 18 Patienten mit einer Encephalomyelitis disseminata für sich eine günstige Prognose, obwohl 12 von ihnen über das Leiden weitgehend orientiert sind. Zwar berichten sie meist von Verläufen mit Todesfolge, ohne jedoch eine prognostisch ungünstige Folgerung daraus zu ziehen. Oder: Man habe eben Glück gehabt. So schlimm sei die MS gar nicht. "Ich sage immer, der eine hat zum Beispiel Krebs, der andere was anderes. Warum soll ich mich da aufregen?"

Andere Patienten sind dem Zwang zum Vergleich mit ähnlichen Fällen dadurch enthoben, daß sie ihr Leiden als privates eigenes Schicksal, ja sogar als einmaligen Fall betrachten. Hierin ist allerdings auch die Möglichkeit enthalten, auf sich selbst zurückgeworfen zu werden, sich nicht mehr anderweitig entlasten zu können.

Einige Patienten geben ohne jede Unruhe an, daß ihnen die Krankheit völlig unbekannt sei. 5 Kranken erscheint die Frage unangebracht und lästig.

2.) Die Möglichkeit einer Verschlechterung, eines Schubes oder überhaupt einer derartigen Erkrankung haben nach ihren Aussagen nur 10 Patienten in Betracht gezogen. Einige geben schon hier äußeren Faktoren die Schuld: "Ich hab's ja immer schon gesagt: Das geht noch mal schief."

Meist war eine Verschlechterung oder ein Schub nicht erwartet worden. Hierbei müssen allerdings Erinnerungsfälschungen bedacht werden, die sich aber auch als hilfreich interpretieren lassen. Ähnliches gilt für die Antworten auf die Frage, ob das Leiden den Patienten schon vor Beginn ihrer Erkrankung bekannt war: Die vorhergehende Kenntnis eines solchen Leidens ließ sich bei 10 Kranken eruieren. Diese hatten jedoch nichts dergleichen erwartet.

In 18 Fällen entstand der Eindruck, daß Schub oder Verschlechterung doch befürchtet worden waren. Die Verneinung sollte teils die Bestätigung des Untersuchers provozieren, daß hier wirklich eine Ausnahme vorläge, teils wollten die Kranken dem Gefühl wehren, sie hätten durch ihre Befürchtungen, durch "Hineinsteigern", die Verschlechterung mitverschuldet.

Eine Patientin mit fortgeschrittener Encephalomyelitis disseminata hatte 2 Jahre vor Krankheitsbeginn den Film "Ich klage an" (Euthanasieproblem bei MS) gesehen. Ihre eigenen Befürchtungen seien jedoch dann in Vergessenheit geraten. Auch jetzt ist ihre Resonanz gegenüber dem Filmerlebnis stärker als bezüglich ihres Leidens.

3.) Nur 8 Patienten stellten sofort eine annähernd richtige Diagnose bei Krankheitsbeginn. 7 wußten nicht mehr, was sie vermutet hatten. Die übrigen dachten an nichts oder etwas Falsches. 14 Kranke hatten die ersten Störungen als unerheblich betrachtet. Ein Drittel dachte an nichts Ernsthafteres.

Bei diesen Angaben dürfte der Anteil der nachträglichen Verfälschungen nicht gering sein.

Aus einer Bewußtlosigkeit erwachend, sahen einige Kranke die aufgetretenen Ausfälle nicht oder nur wenig kontrastierend zur gesunden Ausgangslage.

4.) 76 Patienten hatten von ärztlicher Seite eine Deutung ihrer Störungen erfahren. Dies geschah jedoch bei einem Teil in verkappter Form, also z. B. "Nervenentzündung" statt MS. Teilweise waren die Diagnosen falsch.

27 Kranke lehnten die ärztliche Diagnose ab. 48 Patienten hatten erfahren oder nahmen von sich aus an - besonders auch nach Ablehnung der ärztlichen Diagnose -, daß ihre Störungen reparabel seien. Dies korrelierte bei 39 Patienten mit mangelnder Ernstwertung ihres Leidens. Euphorie (16) oder auch nur Kritikschwäche (19) taten ein Übriges.

Schließlich gab 20 Kranken das Bewußtsein stärkeren Auftrieb, nun in der Nervenklinik als bester Behandlungsmöglichkeit gut aufgehoben zu sein.

5.) Die Hälfte der Patienten zeigte eine große Bereitschaft, ihre Störungen auf äußere Belastungen zurückzuführen. 30 behaupteten dabei chronische seelische Belastungen, insbesondere Ärger. Es folgt in der Häufigkeit die chronische körperliche Belastung (20). Die Anstrengungen (14) und Aufregungen (6) haben offensichtlich selten soviel Gewicht, daß sie lupenhaft vergrößert als Schutzbehauptung dienen können. Sie werden meist nur zur Komplettierung äußerer Faktoren aufgezählt.

Diese Schutzbehauptung (FINKE und SCHULTE) dient insofern zur Entlastung des Patienten, als sie ihn davor bewahrt, die Entstehung seines Leidens auf eigenes Verschulden oder einen involutiven Vorgang zurückführen zu müssen.

21 Kranke meinten denn auch, daß die Krankheitsursache in Zukunft abwendbar sei.

In 6 Fällen, in denen keine äußeren Faktoren angegeben werden konnten, wurde einer drohenden Anonymität des Geschehens dadurch ausgewichen, daß die Krankheit als "etwas Organisches" bezeichnet wurde. Teilweise lag hier jedoch schon bewußte Verharmlosung vor.

27 Patienten führten körperliche Vorkrankheiten und Unfälle als Krankheitsursache an, oft allerdings als Ergänzung der obigen exogenen Faktoren.

Im Sinne der Schutzbehauptung lassen sich auch die gehäuften Angaben über die Abhängigkeit der Krankheitserscheinungen von Wetter (19), Alkohol (3), körperlichen (25) und seelischen Belastungen (35) auffassen.

Auf eine eigene oder ärztliche Diagnose fixiert zeigten sich 33 Kranke. Hierdurch wurde überwiegend eine Sicherheit vermittelt, die selbst bei ungünstiger Diagnose oftmals erlaubte, sich mit dem Leiden zu arrangieren. Wenn nicht von vornherein nach Ablehnung der ärztlichen Diagnose eine eigene günstigere Deutung gewählt wurde, begann man häufig, auf den verschiedensten Wegen die Prognose aufzubessern: "Anfang von der MS ist ja nicht die MS."

Schließlich ist für 10 Patienten ihr Leiden Anklage und Waffe gegen ihre Umgebung. Dies leitet über zur Frage nach den Vorwürfen.

6.) 13 Patienten machten sich stärkere Selbstvorwürfe. 12 weitere taten dies in abgeschwächter Form. 16 von ihnen zeigten eine starke Tendenz, diese Selbstvorwürfe nach außen zu projizieren.

8 führten bei Mißbrauch von Alkohol und Nikotin oder bei Selbstüberforderung Entschuldigungen an.

Wie oben bemerkt, war die Tendenz, andere anzuklagen, außerordentlich häufig. 57 Patienten äußerten sich zum Teil sehr massiv. Nur in 4 Fällen erfolgte der Vorwurf ohne Nachdruck, mehr formal.

Belastet wurden meist Ärzte; 27 Kranke bezichtigten den Hausarzt wegen falscher oder unterlassener Maßnahmen. Es folgten die Fachärzte (12), dann die Vertrauensärzte (6), gegen die sehr leidenschaftliche Klagen vorgetragen wurden, und schließlich die Krankenhäuser (6).

Der Kranke beschuldigt die Umwelt: An der Entstehung der Krankheit, an den Verschlechterungen, an der gesamten Fatalität des Geschehens wird häufig die Umwelt als mindestens mitschuldig beteiligt.

Selbstvorwürfe wurden umso leichter verdrängt und projiziert, je plausibler sich eine Anklage gegen andere formulieren ließ. Sie bestanden teilweise auch neben den Vorwürfen gegen andere.

30 Patienten ließen nicht erkennen, daß sie sich oder andere anschuldigten.

Die Tendenz, alles nach außen zu kehren, ist unverkennbar oft eine Entlastung für die Patienten. Sie leben manchmal förmlich auf, wenn es gilt, vom Leder zu ziehen.

Aber nicht übersehen werden darf auch die seltenere Verhaltensweise, möglichst wenig Wesens um sein Leiden zu machen, gravierendere Klagen zu vermeiden - sie seien ja bei solch geringfügigen Störungen nicht am Platze, wo ja doch bald alles wieder gut werde, man eigentlich schon gesund sei.

7.) Im Zusammenhang mit den beiden letzten Fragen ist die nach dem Auftreten oder Wegfall besonderer Belastungen vor Krankheitsbeginn zu sehen.

Krankheitsbeginn nach Entlastung ließ sich nur in einem Fall

nachweisen. Die Meisten sperrten sich geradezu gegen die Möglichkeit, daß eine Entlastung auslösend sein könnte.

Die Zusammenhangsbildung mit vorherigen Belastungen erfolgte auf verschiedene Weise: Wie gesagt, dominierten die chronischen Belastungen (45). Hierbei waren die körperlichen Anstrengungen häufiger nur Ergänzungen, zuweilen bloße Abrundung: "Und dann war halt eben immer viel Arbeit."

Ein Dutzend Patienten kombinierte alle möglichen Formen der Belastung: Körperliche und seelische, chronische und akute. Hierbei wurde zum Teil die chronische Belastung als Ursache und die akute als Auslöser, zum Teil die akute Anstrengung oder Verärgerung als Ursache und Anlaß zugleich, die chronische Anspannung nur als atmosphärische Zugabe - "Das hat sicher alles auch mitgewirkt" - gewertet.

Auf einen ursächlichen Faktor fixiert zeigten sich 43 Patienten, wobei Vorkrankheiten und Unfälle mit eingeschlossen wurden.

Ob chronische oder akute Belastungen mehr in den Vordergrund treten, scheint, abgesehen von den tatsächlichen Gegebenheiten und der Ausgangsstruktur, auch von Lebensalter, Krankheitsdauer und der Art der Störungen abhängig zu sein: Im mittleren Lebensalter, bei länger dauernder Krankheit oder bei starken Sensibilitätsstörungen wurden überwiegend chronische Belastungen behauptet; in jungem oder höherem Alter, bei kurzer Krankheitsdauer oder bei schweren motorischen Störungen wurden meist akute Belastungen angegeben.

Eine Zusammenhangsbildung mit allem Faßbaren, in 11 Fällen mit dem gesamten Lebenslauf, nahmen 20 Kranke vor. Dies geschah zum einen aus einer später zu besprechenden verzweifelten Lebenssicht heraus, zum andern entsprang es dem Bedürfnis, möglichst viel "Exogenes" anzubieten; letzteres besonders deutlich bei einfach Strukturierten und Dementierten.

In 38 Fällen wurde gesagt, es sei zuviel gewesen. Hieraus sprach aber weniger ein Anerkennen eigener Grenzen als vielmehr die Absicht, die Anklage gegen andere zu verschärfen.

Es sei noch angefügt, daß 29 Patienten Belastungen ohne eine Zusammenhangsbildung und 21 überhaupt keine Belastungen angaben. Dies wird später erörtert.

8.) Verbessert oder verschlechtert? - Diese Frage steht neben der anderen nach den weiteren Aussichten im Mittelpunkt der Untersuchung des Erlebens.

37 Patienten antworteten, es habe sich praktisch nur verbessert. 24 Kranke registrierten Verbesserungen bei Gesamtverschlechterung, 5 Verschlechterungen im Rahmen einer Besserung. 3o meinten, daß es schnell aufwärts gehe.

15 Patienten machten erstaunlich präzise Angaben zur Besserung: "Nicht ganz 1o Prozent", "Gut ein Viertel besser". Sie feilschten bei Nachfragen mit großer Bestimmtheit um Prozente. Andere sagten nur unbestimmt "Viel" oder "Um das Doppelte". Wieder andere meinten, sie seien gesund. Eine stetige Besserung verzeichneten 18 Kranke.

Die objektiven Befunde wichen dagegen von den Angaben teilweise weit ab, auch bei den erwähnten Prozentrechnern. Diese Diskrepanz war bei 37 Patienten mäßig stark. 14 jedoch schossen weit über die Realität hinaus, die objektive Entsprechung war nur minimal.

Hier zeigen sich Kräfte, die nur den Anstoß einer Besserung benötigen, um kumulativ sich zu entfalten und ein dynamisches Vorwärtserleben zu bewirken und in Gang zu halten.

Auf diese Weise war 49 Kranken mit schweren Störungen eine gleichsam überbrückende Verarbeitung in den Krankheitszustand hinein gelungen.

31 Kranke verloren angesichts der Besserung von Partialfunktionen die restlichen, oft schweren Störungen ganz oder teilweise aus den Augen.

Eine geradezu "relative Besserung" behaupteten 3 Patienten, die bei objektiver Verschlechterung "gleichgeblieben" antworteten.

14 Kranke hatten sofort eine Besserung verspürt. Insgesamt erlebten 44 Patienten eine Besserung bei verminderter Restitution. 8 gaben an, die Besserung sei gerade eingetreten.

9.) 88 Patienten fühlten sich seelisch verändert. Dies wird später genauer beschrieben. Objektiv war nur bei 26 Patienten eine Wesensänderung nicht erkennbar (Graphische Darstellung 2). 15 Kranke zeigten eine gehobene Stimmungslage, 6 ein hirnorganisches Psycho-Syndrom.

58 Patienten wiesen allgemeine Leistungsminderungen, 65 intellektuelle Leistungseinbußen auf (Graphische Darstellung 2).

10 Kranke gaben an, die Änderungen hätten sich bei ihnen positiv ausgewirkt. In 2 Fällen fühlten sich die Patienten durch ihr Leiden in ihrem Wert erhöht: "Ich bin reifer geworden, die Krankheit war wirklich ein Nutzen für mich." "Ich hab jetzt mehr Gedanken, Seele. So wie früher, so primitiv möchte ich nicht leben."

Eine eingeschränkte Registrierfähigkeit ihrer Störungen war bei 61 Kranken deutlich. Ihre isolierte Sicht der Krankheitserscheinungen ließ sie die unterschiedlich schweren Ausfälle als nebensächlich hinstellen oder gar nicht erst bemerken. Sie schützte sie davor, alle Störungen summieren zu müssen. Dabei wurde entweder konstant eine Störung übersehen, oder aber es konnten wechselnd immer nur wenige Störungen betrachtet werden, die dann geschildert wurden.

Trotz der häufigen Angabe von seelischen Veränderungen wurden diese nur von 13, körperliche Ausfälle und Schmerzen jedoch von 41 Patienten als schlimmer empfunden. Dabei hatten nur 4 Kranke mehr, nämlich 92 (88 insgesamt fühlten sich seelisch verändert), Körperstörungen und Schmerzen angegeben. Von diesen sind noch 13 abzurechnen, bei denen der Vergleich entfiel, da nur körperliche Ausfälle und Schmerzen empfunden wurden. Insgesamt hatten 22 Patienten über Schmerzen geklagt. Von ihnen verzeichnete die Hälfte keine weiteren Störungen.

Es fällt also eine große Neigung auf, körperliche Ausfälle hervorzukehren. Am ehesten werden von den seelischen Änderungen noch Stimmungsabfall und Gedächtnisschwäche konzediert, die Stimmung, weil sie kaum zu ignorieren ist, das Gedächtnis, weil es, von überwiegend kaum Gestörten angegeben, als wertneutral empfunden wird; "Ein bißchen vergeßlich ist nicht schlimm."

54 Patienten fühlten sich durch Störungen nur behindert, sie "hatten Krankheit". 17 Kranke äußerten sich nüchtern und sachlich.

Schließlich kam in 20 Fällen das Bestreben zum Ausdruck, eine gleichsam vorgegebene "endogene" Schwäche anzuführen. Dies geschah entweder auf realem Hintergrund bei immer Kränklichen oder als Zurückstufung eigener Vitalität, Widerstandskraft und Leistungsfähigkeit im Nachhinein, in 12 Fällen mit, in 9 ohne Vor-

wurf gegen andere: "Schwach geboren, immer schwach gewesen, das muß sich ja auswirken."

Hier zeigt sich sehr deutlich das Bemühen, den Abstieg zu nivellieren, die Gewalt des Krankheitseinbruchs zu depotenzieren, den Knick in der Lebenslinie abzuflachen.

10.) Den 47 Patienten mit verständlicher Sorge um die Erwerbsfähigkeit (32) oder den Haushalt (16), mit den Befürchtungen für die Familie (23), die 3o als ausgesprochen quälend empfinden, steht eine nicht geringe Anzahl gegenüber, die diese Sorge nicht drückt.

Hierzu rechnen zuerst die, die aus Altersgründen (5) oder, da sie versorgt sind (22 Frauen), nicht in einen Beruf einzutreten brauchen. 8 Patienten meinten, nun hätten sie endlich Ruhe vor der Überforderung. 13 erwogen umzusatteln.

Den Anforderungen voll gewachsen fühlten sich 16 Kranke, zum größeren Teil zu Recht, zum kleineren aus einer Kritikschwäche heraus. Gleichermaßen sorglos bei mangelnder Ernstwertung behaupteten 29 Kranke ihre volle Arbeitsfähigkeit, wobei einige von ihnen der etwas einsichtigeren Gruppe zugehörten, die sich noch eine Schonfrist setzte, nach der sie wieder arbeiten könnte (45).

Den Anforderungen wenigstens teilweise gewachsen fühlten sich 33 Patienten. Schließlich ersehnten 8 Kranke die Wiederaufnahme der Arbeit, da es ihnen dann schon viel besser gehen würde als jetzt, wo sie hier herumsäßen. Arbeit gab ihnen ein hohes Maß an Selbstbestätigung.

11.) In Anknüpfung an die Feststellungen in Frage 8 über das Besserungserleben ist die Frage nach der Beurteilung des jetzigen Zustandes und der weiteren Aussichten zu betrachten.

Eine Vorwärtsentwicklung hatten 58 Patienten erlebt. 17 gaben an, sie würden sich mit dem Erreichten abfinden können, wenn es nicht mehr besser würde; dies mit Hilfe von Verharmlosungen und Verbergen der Ausfälle. 39 setzten jedoch eine Besserungstendenz auch weiterhin voraus, während 8 ungeduldig äußerten, jetzt müsse es doch endlich besser werden. Dabei waren Groll und Unmut beigemischt. 1o gaben sich optimistisch. 13 meinten, sie wären

wohl bald gesund. 6 behaupteten, sie seien gesund und eigentlich zu Unrecht hier, höchstens noch zur Erholung.

13 werteten die Aufnahme in die Nervenklinik als die entscheidende Wende, nun werde ihnen Hilfe.

Einige werteten die Krankheit sogar als Gewinn für sich.

Insgesamt vermitteln diese Aussagen einen Eindruck von der Zukunftsbezogenheit, die viele Patienten aufweisen, von ihrer Zuversicht, auch von dem Schwung, der sie vorwärts trägt.

12.) 16 Patienten zeigten eindeutig positive Zukunftserwartungen im Sinne von Hoffnungen und realisierbaren Möglichkeiten.

Es fanden sich 26 geradezu autosuggestive Äußerungen, die die Besserung beschworen. 19 setzten ihre Zuversicht auf die ärztliche Behandlung, 5 auf die geplante Umstellung der Lebensführung.

4 hielten eine Verschlechterung für ausgeschlossen, da sie ja schon hätte erfolgt sein müssen. 10 gaben dem Gefühl, ein "Soll" erfüllt zu haben, Ausdruck; nun müsse der Umschwung kommen.

Insgesamt zeigten 43 Patienten eine stärkere Ausrichtung auf die Zukunft. 21 hatten ganz abgeschaltet und konzentrierten sich nur auf ihre Besserung.

14 Patienten gab die Vergangenheit Trost: man habe schon Schweres überwunden, da werde es hier auch gelingen.

17 Patienten beschäftigten sich mit der Vergangenheit, wobei sie teilweise vor der Zukunft förmlich den Kopf in den Sand steckten. Die Alten vorwiegend (12) sahen sich wieder jung, kräftig und gesund.

Auch interessierte Beschäftigung mit der Gegenwart vermag den Blick von ernsten Konsequenzen abzulenken.

13.) 48 Patienten bestätigten ihrer Umgebung ein richtiges Verhalten ihnen gegenüber. Eine ausgesprochene Hinwendung zu den Angehörigen hatten 43 Kranke vollzogen. Diese Gruppe war überwiegend schwer betroffen von ihren Störungen. Ihre Angehörigen machten sich Sorgen (37) oder sogar überflüssige Sorgen (9), sie waren betroffener als die Patienten selbst (17), oder aber die Sorge der Kranken bezüglich der Familie war vermehrt (43). 44 fühlten, daß sie noch gebraucht würden.

Eine Abwendung von ihren Angehörigen brachten 36 Kranke zum Ausdruck. Sie zeigten dann oft eine kampfbereite Haltung - allein durchschlagen -, deren Impetus sich nicht unbeträchtlich aus dieser Loslösung speiste. Demgegenüber erweist sich das teilweise etwas weinerliche Bündnis mit den Angehörigen manchmal als nicht so tragfähig; es wird dankbar anerkannt, daß sie sich sorgen, aber ihre Hilflosigkeit ist dann doch oft nicht zu übersehen und vermag die des Patienten kaum zu beheben, eher zu verstärken. Andrerseits kann gerade diese Hilflosigkeit der Angehörigen den Patienten zu dem Gefühl bringen, die Last auf seinen Schultern mache ihn zum Atlas.

Natürlich sind ausgewogene häusliche Verhältnisse in der Regel günstiger. Aber jemanden zum Sündenbock zu machen, eint die eigenen Kräfte und vermindert den Zwang zur Selbstbeschuldigung.

So läßt sich bei 10 Patienten eine Kopplung beider Verhaltensweisen feststellen: Hinwendung zur Ehefrau, Frontstellung gegen die Schwiegermutter, Hinwendung zur Mutter, Aggression gegen den Vater.

Damit ist nicht gesagt, daß Hinwendung oder Abwendung aus diesen Gründen geschehen. Aber wenn sie vollzogen werden, dann ist die Frage interessant, wer der Nutznießer ist.

17 Kranke fühlten sich endlich umsorgt und bis zu einem gewissen Maße befriedigt. Nun erst wandte man sich ihnen zu, nun mußten auch Widerwillige eingestehen, daß Ernshaftes sich zutrüge.

10 Patienten sahen, wie oben bemerkt, in ihrem Leiden eine Waffe gegen andere. Sie quittierten die jetzige Lage, das Steigen der eigenen Macht mit zum Teil rachsüchtiger Befriedigung.

Einen Abfall von Spannungen taten 3 Kranke kund.

Ein "normales" Verhalten - "Was sollen die schon groß sagen?" - bescheinigten 26 Patienten ihren Angehörigen und der Umgebung.

14.) Von den 61 verwertbaren Aussagen über Träume gaben 10 Wunschträume mit kompensatorischem Charakter und 6 Rückbildungsträume, sämtlich bei geringer Rückbildungstendenz, wieder.

Bei der Besprechung dieses ersten Punktes, des Crescendos, zeigt sich, daß viele der hier aufgezeigten Momente weniger di-

rekt zukunftsbezogen sind, sondern vielmehr unbemerkt gleichsam im Hintergrund die Schaffung und Sicherung einer Basis unterstützen, auf der eine vorwärtstreibende Dynamik sich entfalten kann.

b) Decrescendo

29 Patienten zeigten eine von Befürchtungen durchzogene Verarbeitung.

1.) 36 Patienten sagten aus, daß ihnen solche Erkrankungen bekannt wären. 12 von ihnen gehörten zu der Gruppe der 43 Kranken, die auf diese Frage Unruhe und Suche an den Tag legten. Bei ihnen war auch deutlich, daß eigene Erfahrungen und Berichte, besonders auch die der Massenmedien, eine geradezu suggestive nachteilige Wirkung auf sie ausübten.

Die seltene familiäre Belastung fiel demgegenüber nicht ins Gewicht.

2.) In 10 Fällen wurde mehr oder weniger offen zugegeben, daß
- seltener - die Möglichkeit einer derartigen Erkrankung,
- häufiger - die einer Verschlechterung oder eines Schubes erwogen worden war.

Wie erwähnt, hatten 18 Patienten trotz ihrer Verneinung eines der Ereignisse mit hoher Wahrscheinlichkeit doch befürchtet.

Eine höhere Zahl von Befürchtungen hätte sich vermutlich ergeben, wenn die Krankheiten bekannter gewesen wären. Allerdings wäre auch dann sicher der Anteil der Indifferenten weiterhin groß.

3.) 85 Patienten stellten bei Krankheitsbeginn keine oder eine falsche Diagnose. 40 von diesen und 7 von denjenigen 8 Patienten, die eine annähernd richtige Diagnose gestellt hatten, werteten die Störungen sofort als schwerwiegend. Eine Patientin hatte Todesgedanken. 6 gaben völlige Rat- und Hilflosigkeit an.

4.) Daß eine vom Arzt eröffnete - falsche oder richtige - Diagnose die Patienten in Angst und Hoffnungslosigkeit stürzte, ließ sich nur in 7 Fällen eruieren. Hierbei dominierten die Kranken, die sich mit der Diagnose einer Lues konfrontiert sahen.

Jedoch ist die Annahme berechtigt, daß zuweilen die Klarstellung der Diagnose und Prognose - "MS" statt "Nervenentzündung" - die Zuversicht der Patienten schwerer beeinträchtigen würde.

Allerdings wird gerade dabei manchmal deutlich, wie erstaunlich sich die Klarstellung auswirken kann im Sinne eines Arrangements mit dem Leiden.

Die Ungewißheit ist in vielen Fällen sehr quälend. Die meisten Patienten, denen die Diagnose nicht bekannt war (17) oder nur in terminologisch verkappter Form, so daß sie auch nicht klüger waren und keine Prognose ableiten konnten, drangen daher auf die diagnostische Offenlegung, 28 in gesteigerter Form. 7 beklagten sich, daß keiner etwas sage.

Die Ablehnung der ärztlichen Diagnose (27) erfolgte zum einen, weil sie überholt war, zum andern, weil der Patient für sich eine günstigere Prognose behauptete, und drittens, weil die Diagnose zu simpel, zu nichtssagend oder auch zu positiv erschien; dies jedoch sehr selten.

Depressiv und dysphorisch wirkten 41 Kranke.

Ein irreparables Leiden nahmen 38 Kranke an. Von ihnen reagierte jedoch nur die Hälfte im Sinne des Decrescendo.

2 Patientinnen zeigten sich beunruhigt über die Aufnahme in die Nervenklinik. Sie war ihnen ein Signal der Hoffnungslosigkeit; "aus Tübingen kommt niemand mehr zurück".

Interessant ist schließlich noch die Gruppe der Patienten, die ausdrücklich betonten, daß sie eine eventuell schwerwiegende Diagnose überhaupt nicht wissen wollten.

5.) Die Verhüllung des Wesens der Krankheit wirkt sich, wie gesagt, in einem Teil der Fälle ungünstig aus. Die Krankheitsdauer betrug in 13 Fällen eine bis wenige Wochen, sonst mehrere Monate bis Jahre.

Hier nun ließ sich beobachten, daß die Behauptung der akuten, aber auch der chronischen exogenen Faktoren mit der Zeit ausgehöhlt werden kann. Man nähert sich der Grenze, hinter der sich Schutzlosigkeit, Anonymität auftut, wo keine entlastenden äußeren Ursachen angeschuldigt werden können.

In diesem Grenzbereich, teils hüben, teils drüben, bewegten sich 44 Patienten. Es ist nicht zufällig, wenn fast ausnahmslos bei diesen allen keine oder eine unklare Diagnose angegeben worden war.

15 Patienten schuldigten eigenes Fehlverhalten mit an.

Ein Mann von 45 Jahren glaubte an vorzeitigen Abbau. 3 führten das Alter an.

8 Kranke hielten ihr Leiden für unbeeinflußt von äußeren Veränderungen; auch hier fehlte die Möglichkeit der Entlastung.

17 Patienten fühlten sich auch weiterhin überfordert und glaubten nicht, daß die äußere Krankheitsursache oder die verschlechternden Einflüsse zukünftig ausgeschaltet werden könnten.

6.) Diese Gruppe vereinigt nahezu alle nicht verdrängten und nicht projizierten Selbstvorwürfe auf sich.

Wenngleich auch hier die wildesten Anklagen formuliert werden und diese an Zahl die der vorigen Gruppe weit übertreffen, so wird auch hier schon bei einer Anzahl deutlich, daß Druck, Vehemenz, Stichhaltigkeit der Vorwürfe gegen andere, wenn sie nicht zunehmen und sich in feste Sichtweisen steigern, sich abschwächen, daß die Anklagen erstarren und mit der Zeit sinnloser und hohler werden, zu irgendeinem Zeitpunkt auch spürbar für den Patienten. Dies bedeutet dann erhöhte Schutzlosigkeit.

7 werfen sich vor, sie hätten früher zum Arzt gehen sollen. Hierbei kommt bei einigen zum Ausdruck, daß sie an eine frühere Chance der Verbesserung glauben; der Arzt hätte den Krankheitsprozeß im Keime ersticken oder ihn wenigstens abfangen und seine Progredienz verhindern können.

Wenige ziehen die Konsequenz, daß diese Chance nun verspielt ist.

7.) Die Frage nach Belastungen vor Krankheitsbeginn läßt 21 Patienten antworten, es hätten keine Belastungen vorgelegen, es sei alles wie immer gewesen. 29 geben Belastungen ohne Zusammenhangsbildung mit ihrem Leiden an. Diese Antworten finden sich nur bei dieser Gruppe (Decrescendo) und bei den noch zu besprechenden Indifferenten.

Auch für die Zusammenhangsbildung gilt das eben Gesagte: Sie kann hilfreich sein, sie kann aber auch mit der Zeit, bei

besonderer Ausgangsstruktur und auffällig mangelnder kausaler Verknüpfung dünner und blutleerer werden. Ohne sie ist der Patient nicht fähig, die Ursache außerhalb seiner selbst zu finden und zu behaupten.

Die Zusammenhangsbildung mit allem, in 11 Fällen mit dem gesamten Lebenslauf, erfolgte zum Teil aus einer resignierenden Haltung heraus. Man beschrieb ein düsteres Schicksal, mit dem man aber zu eng verbunden war, um ihm den Charakter des Außen zuerkennen zu können.

Eine mehr oder minder schwere Konfliktsituation, teils schon vor Krankheitsbeginn bestehend, teils durch das Leiden im Sinne gesteigerter Selbstunsicherheit und Selbstwertproblematik bewirkt, ließ sich in 19 Fällen feststellen.

Auch kann die Aussage, es sei zuviel gewesen (38), statt der Aufwertung exogener Faktoren zu dienen, einer verzweifelten Lebenssicht entspringen mit starker Einbeziehung der eigenen Person.

Hier ist die Durchschlagskraft, der Druck des Leidens zu groß, als daß sich aus angegebenen Zusammenhängen hilfreiche Schlüsse ziehen ließen, die von der eigenen Person ablenken könnten. Der Weg zur Entlastung ist verbaut.

Trotzdem werden hier noch sehr häufig Belastungen angeschuldigt. Aber sie überzeugen die Patienten selbst nicht, sie bleiben Versuche. So werden im Gegensatz zur vorigen Gruppe häufig körperliche Belastungen, auch akute, angeschuldigt, offenbar, weil sie "exogener" wirken als die seelischen Belastungen, die in diesen Fällen zuviel an Eigenem einbeziehen.

8.) Bei der Frage nach Verbesserungen oder Verschlechterungen stellten 23 Patienten fest, es habe sich fast nur verschlechtert. 24 bemerkten Gesamtverschlechterung mit Verbesserungen und 5 Verschlechterungen im Rahmen einer Besserung. 17 meinten, es sei gleich geblieben, alle außer einem Alterierten mit dem Gefühl der Stagnation, des Nichtvorwärtskommens.

Als Abstieg, Abrutschen, Absacken hatten 37 Patienten den Verlauf ihrer Krankheit erlebt, 18 davon in geradlinigem Decrescendo. Dies führte bei 23 Patienten dazu, daß sie auf weitere

Verschlechterungen förmlich lauerten.

Die Angabe "Ich weiß noch nicht" (11) machte bei einigen deutlich, daß sie doch schon "wußten", wie schlecht es um sie bestellt sei; übrigens nur in wenigen Fällen zu Unrecht.

9.) Etwa entsprechend den objektiven Befunden war die Häufigkeit der angegebenen körperlichen und seelischen Veränderungen bei dieser Gruppe größer.

Auffällig war hier der hohe Anteil der Kranken, die eine "Wesensänderung" bejahten. Es mag offen bleiben, was die Kranken sich darunter vorstellten. Die Frage, oft abschließend vorgebracht, sollte ausloten, wie tief der Kranke sich betroffen fühlte, in der Annahme, daß das "Wesen" meist als etwas sehr Komplexes verstanden werden würde, nicht nur als Stimmungslage. Noch pointierter war die Frage, ob sich die Kranken ganz verändert, ganz krank fühlten. Dies bejahten 39 Patienten. Sie fühlten sich ganz vereinnahmt von der Krankheit. Bei diesen war die Registrierfähigkeit kaum eingeschränkt.

Die "Wesensänderung" wurde von 42 Patienten negativ bewertet.

12 Kranken fiel auf, daß sie affektiv labiler seien, 16 weitere fühlten sich durch ihre affektive Inkontinenz gestört.

Dominierend in 74 Fällen wurde ein Niedergang der Stimmung verzeichnet, gefolgt von "Wesensänderung" (51), Leistungsabfall (42), den Gedächtnisstörungen (36), der Beeinträchtigung des Denkens (15) und den Wortfindungsstörungen (8).

10 Patienten trugen sich einmal oder öfter mit Gedanken an einen Suizid. Teilweise hatten sie ihn auch schon vorbereitet, sich Tabletten besorgt oder auf einer Brücke gestanden.

Daß sie sich in ihrem Wert verringert fühlten, brachten 33 Kranke zum Ausdruck. Das reichte von der Äußerung, als überflüssig empfunden zu werden, bis zu dem Gefühl, nicht mehr als Lebender gewertet zu werden.

Schließlich stellten sich 4 Kranke die quälende Frage: "Warum mußte gerade ich krank werden?" Dies ist die zentrale Frage in der Anonymität.

10.) Die obigen Angaben zu der Frage nach der beruflichen

Leistungsfähigkeit sollen hier ergänzt werden.

Für 47 Patienten stand die Sorge um die berufliche Leistungsfähigkeit gleich an zweiter Stelle hinter ihren Krankheitsbefürchtungen. Bei einigen hatte sie fast gleichen Stellenwert, so daß die Krankheit sich etwas in die Peripherie des Blickfeldes verschob.

Den beruflichen Anforderungen gar nicht gewachsen fühlten sich 45 Patienten. Bei 8 von ihnen kam erschwerend hinzu, daß sie meinten, vorwiegend aus Altersgründen nicht mehr umsatteln zu können.

Diese beruflichen Sorgen stellen oft eine schwere Belastung dar, vermögen aber in seltenen Fällen auch den Blick von der Schwere des Krankheitsgeschehens etwas abzuwenden auf zielgerichtete Anspannungen hin; es wird nicht mehr nur die Gesamtkatastrophe gesehen, sondern das Detail beansprucht die Aufmerksamkeit ebenfalls.

11.) 14 Patienten nahmen auf die Frage nach der Beurteilung des Zustandes und der weiteren Aussichten hin an, daß sich das Krankheitsbild weiter verschlechtern würde. Sie gehörten zu den 19 Kranken, denen deutliche Resignation anzumerken war. 12 meinten, es gehe nun zu Ende. Es war ihnen nicht gelungen, während des Abstiegs Tritt zu fassen. So war ihr Erleben von einem Decrescendo erfüllt.

In weitaus abgeschwächterer Form boten dies 24 Patienten, die sagten, sie würden wohl nicht mehr ganz gesund. Dies geschah teils in der Hoffnung auf Widerspruch, teils aus einem Zweckpessimismus heraus. Auch abergläubische Furcht, die Besserung zu "berufen", war im Spiel.

29 Patienten waren überzeugt, daß, wenn ihre Heilung überhaupt einträte, sie noch sehr lange ausstünde.

12.) Bei 24 Kranken überwogen Befürchtungen für die Zukunft. Sie stellten die Hauptmasse derer mit ängstlicher und selbstunsicherer Ausgangsstruktur. Auch wurden von ihnen äußere Einflüsse, wie etwa Bemerkungen, ungünstig verwertet (25).

Eine spürbare Sehnsucht nach Geborgenheit äußerten 14 Patienten.

4 Kranke sahen Zukunft und Vergangenheit in hoffnungsloser Schwärze. 10 sahen eine düstere Zukunft voraus, werteten aber die Vergangenheit positiv.

Insgesamt richteten die meisten dieser Gruppe den Blick sorgenvoll in die Zukunft.

13.) Die Frage nach der Reaktion der Umgebung ließ viele (33) äußern, sie fühlten sich selbst nicht mehr als vollwertig. Damit wurde sicher zum Teil auch die Einstellung der Umgebung wiedergegeben; zuweilen dürfte es sich hierbei aber auch um Insuffizienzgefühle handeln, die nicht mit einer Abwertung durch die Umgebung korreliert waren.

In schweren Krankheitsfällen war die Bindung an die Angehörigen zuweilen lockerer geworden, die Gedanken kreisten intensiver um das eigene Schicksal. Sobald jedoch die Sprache darauf kam, waren die meisten bei den Ihren engagiert und äußerten Sorgen bezüglich ihrer Familien.

Teils klammerten sie sich an die Familie, teils warfen sie ihr aber auch Verständnislosigkeit und Gewöhnung vor. 25 empfanden sich überflüssig, entweder von sich aus oder auf Grund der Reaktion der Umgebung. 20 Patienten fanden das Verhalten der Umgebung taktlos, herzlos, ja roh.

6 hielten ihren Aufenthalt in der Nervenklinik geheim, verborgen vor den Nachbarn. Man sei zur Erholung o. ä., hatten die Angehörigen zu sagen.

26 hatten von den Angehörigen mehr Teilnahme erhofft.

14.) Die Träume deckten bei 41 Patienten verborgene Ängste und Spannungen auf. In 19 Fällen zeigten die Träume Angst vor Wiederholung und Verschlechterung. Alte bedrückende Themen wurden in 3 Fällen aufgegriffen.

Die aufgezeigten Momente im Sinne eines Decrescendo beeinträchtigen die Fähigkeit zur Zuversicht.

c) Ambivalenz

28 Patienten verhalten sich ambivalent.

Da die Ambivalenz als ständiger Wechsel von zögerndem Hoffen und aufflackernder Befürchtung, als Umkippen vom Crescendo ins Decrescendo und umgekehrt aufzufassen ist, erübrigt sich eine ausführliche Darstellung. Die entsprechenden Aussagen werden nur kurz zusammengefaßt. Genauer aufzuzeigen ist lediglich das für die Ambivalenz Spezifische und das nicht mit ihr zu Vereinbarende.

1.) Die Unruhe der Ambivalenten rührt zum geringeren Teil daher, daß ihnen eine solche Erkrankung bekannt ist. Meist ist sie ihnen unbekannt. Sie behaupten oft eine günstige Prognose und verharmlosen ihr Leiden. Aber ihr Suchen bleibt von einer erheblichen Beeinflußbarkeit durch Berichte u. ä. begleitet.

Die Indifferenz fehlt völlig.

2.) Außerachtlassung der Möglichkeit zu erkranken oder einer Verschlechterung oder eines Schubes kommt vor. Häufiger wurde jedoch eine Verschlechterung befürchtet. Dies wurde entweder offen zugegeben oder von einer schützenden Verneinung überdeckt.

Eine umfangreichere publizistische Aufklärung würde sich sicher im Sinne einer Steigerung von Unruhe und Befürchtungen auswirken ("Zucken des Augenlides kann der Beginn der Multiplen Sklerose sein.")

3.) Die Eigendiagnose war selten richtig, meist falsch. Initiale und auch spätere Verhüllung, teils sofortige Ernstbewertung der Erscheinungen, teils Ratlosigkeit waren zu verzeichnen. Immer aber erinnerten sich die Patienten an ihre ersten Gedanken bei Krankheitsbeginn.

4.) Die Diagnose war fast immer unbekannt oder vom Arzt in verbrämter Form mitgeteilt. Häufig wurde die ärztliche Diagnose abgelehnt, da sie in unerwünschter Richtung fixierte. - Dabei können die Patienten dysphorisch wirken.

Sie klammern sich an günstige Ätiologien, können aber auch den Gedanken an ein irreparables Geschehen nicht ganz wehren.

Fast immer wollen sie die Diagnose wissen, sind froh über die Aufnahme in die Nervenklinik, da sie sie als beste Behandlungsmöglichkeit ansehen. Aber auch Besorgnis wegen dieser Aufnahme, die die Ernsthaftigkeit des Leidens unterstreicht, wird geäussert.

Die Suche nach Wesen und Prognose ihrer Krankheit wird jedoch nicht so ungestüm vorgenommen, daß man sich etwa beschwerte, keiner sage etwas. Dazu ist die Befürchtung, es könnte dann schließlich etwas unwiderruflich Ungünstiges diagnostiziert werden, zu groß. Die Ambivalenz lebt von der Möglichkeit des Widerrufs.

Mangelnde Ernstwertung fehlt hier.

5.) Es besteht eine wechselnd große Bereitschaft, äußere Faktoren anzuschuldigen. Leicht wird die Grenze zu der Anonymität, die keine Entlastung durch äußere Verursachung gewährt, durchbrochen.

Auch wird oft verspürt, daß diese Behauptungen teilweise wenig stichhaltig sind.

Im übrigen ist auffällig, daß alle diese Patienten entweder eine sehr frische oder eine schon relativ lange bestehende Symptomatik aufweisen. Man hat bei ersteren häufig den Eindruck, daß noch nicht festgelegt ist, in welcher Richtung sie verarbeiten werden. Bei längerer Krankheitsdauer wirkt sich die Aushöhlung entlastender Behauptungen entsprechend aus.

Vorkrankheiten und Unfälle tragen nicht sehr viel zur Entlastung bei. Eigenes Fehlverhalten wird nicht ausgeschlossen. Als Waffe gegen die Umwelt besitzt hier die Erkrankung kein Gewicht.

Immer wird diese Frage - "Worauf führen Sie Ihren Krankheitszustand zurück?" - die innere Zerrissenheit und die quälende Suche nach einem Halt deutlich machen.

6.) Selbstvorwürfe können nicht so leicht eingeebnet oder projiziert werden. Vorwürfe gegen andere haben keine rechte Durchschlagskraft. Sie werden unruhig, unwirsch und ohne große Entlastungswirkung vorgebracht. - Völlige Vorwurfslosigkeit erhöht jedoch die Unrast.

7.) Es werden Belastungen ohne oder ohne überzeugend verspürte Zusammenhangsbildung vorgetragen. Sie wirkt oft formal und mehr als ein Nacheinander von Belastung und Krankheitsentstehung oder, bei Verschlechterungen, mehr als gleichzeitig denn als eine kausale Verknüpfung.

Manchmal werden Belastungen ausgemalt und dabei eine gewisse Nachaußenkehrung erreicht; aber mit dem Abflauen dieser Aktion kehrt die alte Unrast wieder.

8.) Die Patienten verzeichnen alles an Verbesserungen und Verschlechterungen in jeder Abstufung und Kombination. Dazu gesellt sich noch die Stagnation des Gleichbleibens.

Ein ständiger Wechsel der Erlebensrichtung, vom Abstieg zum Aufwärts und umgekehrt, vom Lauern auf Verschlechterungen bis zu gelegentlichem Optimismus, ist Ausdruck der Ungewißheit des Patienten. Alles Hin und Her mündet in den Satz: "Ich weiß noch nicht".

9.) Es fällt auf, daß der Zwang zur Suche diese Patienten zu einer Art gnadenloser Bestandsaufnahme bringt, die ihnen kaum etwas verborgen läßt an eigenen Mängeln. Eine isolierte Sicht der Ausfälle fehlt.

Wesensänderungen, Leistungsminderungen und körperliche Behinderungen werden meist richtig beurteilt. Sie werden durchweg negativ gewertet. Die Kranken sind im Zwischengebiet der Pole Krankheit-haben und Krank-sein.

Sie schildern meist nüchtern und sachlich, aber nur schwer beiseite drängen können sie die Frage: "Warum gerade ich?"

Die Vitalität zurückzustufen zur Depotenzierung des Abstiegs ist noch nicht notwendig. Hierzu muß vermutlich das Gefühl des Abstiegs eindeutiger sein.

Auch fehlen Suizidgedanken. Aber eine Nichtbeachtung der Störungen ist gänzlich ausgeschlossen.

10.) Quälend äußert sich die Sorge um die Erwerbsfähigkeit, die Familie, den Haushalt. Meist ist man bereit, umzusatteln. Die Patienten sind und fühlen sich den beruflichen Anforderungen nicht oder nur teilweise gewachsen.

Davon, daß nun Ruhe von Hetze und Überforderung sei, ist nie die Rede. Schonung erscheint den Kranken oft angebracht. Sie sind aber nicht sicher, ob sie danach auch arbeitsfähig sind.

Die Gesamtsituation erscheint jedoch etwas manipulierbarer als beim Erleben eines Decrescendo.

11.) Sie erleben Vorwärtsentwicklung, können aber keine Besserungstendenz voraussetzen. Sie erwägen Stationärbleiben oder Verschlechterung, hoffen aber doch auf eine Wendung. Immer liegen Resignation und Optimismus im Streit und sind bereit zu regieren.

Nur dies, daß es lange dauern würde, schält sich aus den meisten Antworten eindeutig heraus. Die ärztliche Hilfe gibt zeitweise Zuversicht, aber zu der Überzeugung, bald zu genesen, reicht es nicht. Sie wissen noch nicht.

12.) Zukunft und Vergangenheit beurteilen 34 Patienten ambivalent. Hier zeigt sich eine Vielfalt von Befürchtungen und Hoffnungen. Autosuggestive Äußerungen begegnen der Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit. Äußere Einflüsse werden sensibel registriert. Die Vergangenheit tröstet nur selten. Alles Denken kreist um die Zukunft in zwiespältiger Erwartung.

13.) Die Umgebung tritt etwas in den Hintergrund, wichtiger ist die Durchforschung der Krankheit. In zweiter Linie erst werden Befürchtungen für die Familie geäußert. Die allgemeine Anteilnahme wird nicht sehr feinfühlig beachtet. Das Interesse steigt jäh an, wenn Ätiologie und Prognose des Leidens besprochen werden, wenn jemand neue Kunde bringt. Meist fühlen sich die Patienten benötigt, aber vorerst noch überfordert.

Nie sind sie befriedigt, oder fühlen sie sich endlich umsorgt.

14.) Vielfältig sind die Träume: Wunschträume und Träume von Rückbildungen wechseln mit Angstträumen.

In der Ambivalenz vollzieht sich der stete Bau und Abbau eines schwankenden Haltes.

d) Indifferenz

14 Patienten verhalten sich überwiegend indifferent.

Die Indifferenz entbehrt völlig der Gerichtetheit der drei vorgenannten Erlebensweisen. Ihre Resonanzfähigkeit ist gegenüber der der Ambivalenz stark eingeschränkt. Stellen Crescendo und Decrescendo gleichsam den positiven und den negativen Bereich der Erlebenstendenz dar, dann ist die Ambivalenz beiden Bereichen zugeordnet; die Indifferenz entspräche auf dieser Skala dem Nullpunkt.

Sie ist die Domäne der stärker Alterierten.

1.) Kenntnis der Erkrankung wird angegeben oder eben, daß sie unbekannt sei, beides ohne Unruhe. Die Kranken sind indifferent.

2.) Außerachtlassung jeglicher negativer, aber auch positiver Möglichkeiten zeigt sich in Antworten, die meist jedes Interesse an der Frage missen lassen. Hier wie im folgenden wird die mangelnde Resonanzfähigkeit überaus deutlich.

3.) Die Eigendiagnose mochte nun falsch oder richtig gewesen sein, meist war die Schwere des Zustandes verhüllt. Gravierendere Ausfälle wurden mit plattem Gleichmut quittiert. Oft wußten sie nicht mehr, was sie bei Krankheitsbeginn dachten. 13 Patienten zeigten keine Verwunderung bei Auftreten der Störungen.

4.) Bekannte, unbekannte und verkappte Diagnosen - nichts erzeugte eine Reaktion, etwa eine Ablehnung der Diagnose. Man machte sich keine Gedanken. In 2 Fällen lag eine Anosognosie vor.

5.) Meist wurden harmlosere Störungen angenommen, in einigen Fällen auch Irreparables. Trotzdem erfolgte keine Hervorkehrung äußerer Faktoren zur Entlastung. Danach bestand kein Bedarf.

Wohl ließ sich beispielsweise eine Abhängigkeit der Störungen vom Wetter eruieren. Aber diese Aussagen wirkten blaß und leer.

6.) Vorwürfe wurden ohne Nachdruck vorgebracht.

7.) Es wurden entweder keine Belastungen oder solche ohne Zusammenhangsbildung angegeben. Wenn man verursachende Belastungen anführte, so mit einem matten "Es war wohl zuviel".

8.) Meist wurde angegeben, es sei besser geworden, einige Kranke fühlten sich gesund; dies auch bei minimaler Besserung der Befunde. Auch daß es gleichgeblieben sei, wurde konstatiert.

Nie läßt sich eine Dynamik erkennen.

9.) Wesensänderungen wurden verneint, weil die Patienten alteriert waren. Diese Änderungen wurden bejaht und hingenommen. Oder sie wurden gar nicht beachtet. Körperstörungen wurden mit Maßen als schlimmer empfunden. Mangelnde Registrierfähigkeit war deutlich.

Die Patienten zeigten sich nüchtern, sachlich, indolent.

Hier sammelten sich die schwereren psychischen Befunde von der Euphorie bis zum hirnorganischen Psycho-Syndrom.

10.) Bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit waren die Kranken weiterhin sorglos und kritikschwach.

11.) Eine Vorwärtsentwicklung wurde wohl bemerkt, aber nicht erlebt. Sie war demzufolge auch nicht Anstoß zu einem dynamischen Zukunftsentwurf. Zum Teil wurde sie auch gar nicht beachtet.

Häufig meinten die Patienten, sich mit Erreichtem abfinden zu können. Hier wurde ohne tiefere Beweggründe verharmlost: Man sei jetzt schon oder sicher bald gesund.

12.) Die Frage nach Gedanken an Zukunft oder Vergangenheit löste hier kaum ein Echo aus. Alle gaben an, sie dächten an nichts. Hiervon waren 5 deutlich dementiert.

13.) Das Verhalten der Umgebung war "normal" oder den Kranken gleichgültig. Sie sahen überwiegend nur sich und ihren nächsten Umkreis.

14.) Die meisten gaben an, sie träumten nie. Jedoch in einigen Fällen ließen Träume aufblitzen, daß hinter der Fassade der Indifferenz auch Anderes geschah.

Die Indifferenz enthebt die Kranken der Notwendigkeit einer Sicherung und zukunftsbezogenen Dynamik.

2. Das Erleben der einzelnen Krankheiten

Im Rahmen dieser Untersuchung ist die genaue nosologische Zuordnung zu den Erlebensformen nicht beabsichtigt. Sie wäre auch wegen der geringen Zahlen in ihrer Aussage nicht relevant.

Es soll nur annäherungsweise geschildert werden, wie sich die hier aufgezeigten Verarbeitungsweisen im Erleben der einzelnen Krankheiten widerspiegeln und welche besondere Tönung sie dort erfahren können.

Altersverteilung, Erkrankungsalter, Krankheitsdauer, Verlaufsformen und Anzahl der konsultierten Ärzte sind größtenteils orientierend eingefügt.

Encephalomyelitis disseminata

Diese Diagnose betraf 35 Patienten im Alter von 20-55 Jahren, meist zwischen 30 und 40 Jahren. Sie waren überwiegend zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr erkrankt. Die Krankheitsdauer betrug in der Regel 2-6 Jahre, reichte aber auch von wenigen Wochen bis zu 20 Jahren und mehr. Im Laufe dieser Zeit waren mit gleicher Häufigkeit 2-3 bzw. mehr als 5 Ärzte konsultiert worden. Zwei Drittel der Patienten zeigten schubweise, ein Viertel chronisch progrediente Verläufe. Der Rest hatte seit kürzerer Zeit erstmalig Störungen bemerkt.

Bei versuchsweiser Zuordnung zu den Erlebensformen läßt sich ein deutliches Überwiegen fester Tendenzen erkennen; je ein Drittel entspricht dem Crescendo und dem Decrescendo, in das restliche Drittel teilen sich Ambivalenz und Indifferenz.

Die Encephalomyelitis disseminata zeichnet sich durch eine gewisse Belastungsabhängigkeit aus, die die Patienten nahezu immer im Sinne der Schutzbehauptung verwerteten.

Die dominierenden Störungen - Parästhesien, Sensibilitätsstörungen - führen oftmals dazu, daß die Kranken spontan Rückschlüsse auf ihr Gesamt ziehen: Man sei nervös von Hause aus; nun sei ein, zum Teil schon prophezeiter, Nervenzusammenbruch eingetreten. Motorische Störungen werden dann in diesem Rahmen eingeordnet. Treten sie allein auf, dann ist die Entlastung regelmäßig schwieriger.

Schwindel, Sehstörungen und Schmerzen scheinen den Kranken

ebenso wie die Parästhesien prognostisch weniger ungünstig zu sein als Spastik und Paresen. Wahrscheinlich erhalten sie weniger leicht den Stellenwert des Chronischen, des Bleibenden und sich womöglich Verschlechternden. Daran ändert nichts, daß es den Patienten in seinem Wohlbefinden sehr beeinträchtigen kann, die ständigen Sensibilitätsstörungen oder den immer wieder auftretenden Schwindel zu erleben. Aber selbst, wenn ihn die Störungen "verrückt" machen, scheint er sie mehr als Begleitumstände des gegenwärtigen Zustandes zu betrachten, weniger empfindet er sie als für seinen Zukunftsentwurf bedeutsam.

Auch bei schubweiser Wiederkehr werden die Störungen mehr als ein Zeichen dafür gewertet, daß wieder eine Verschlechterung eingetreten ist, nicht so sehr als das ungünstige Ereignis selbst: Parästhesien deuten darauf hin, daß etwas im Gange ist; eine Parese legt fest: Das ist eine Lähmung. Die Prognose scheint ungünstiger.

Die schon beschriebene nachträgliche Zurückstufung eigener Vitalität wird hier in mehreren Fällen vorgenommen.

Mit 13 Kranken ist der Anteil der Ängstlichen und Selbstunsicheren hier relativ hoch.

Man hätte erwarten können, daß die häufiger erfolgte Restitution schubweiser Störungen die Zukunftserwartungen prägte. Dies ließ sich jedoch nur bei wenigen eruieren. Wahrscheinlich ließe sich bei einer solchen Rückschau auch die Möglichkeit weiterer Schübe kaum übersehen. Auch zeigten einige Patienten eine abergläubische Scheu davor, die Besserung zu behaupten.

Zu bemerken ist noch, daß unter dieser Diagnose auch einige wenige Krankheiten eingeordnet wurden, bei denen die Encephalomyelitis disseminata als Differentialdiagnose in Frage kam oder das Krankheitsbild ähnlich war.

Von den 22 verwertbaren Träumen offenbarten 18 Ängste und Spannungen.

Insgesamt zeigt sich überwiegend eine feste Richtung der Verarbeitung. Dabei sind im Laufe der Zeit Stimmungsschwankungen zu beobachten, die aber meist nur Akzentverschiebungen bewirken.

Myatrophische Lateralsklerose (4)

Festgestellte Muskelatrophien lassen die Prognose unausweichlicher ungünstig erscheinen. Höheres Lebens- und Erkrankungsalter, eine Krankheitsdauer von einigen Jahren und eine Reihe behandelnder Ärzte bei chronsich progredienten Verläufen schaffen zusammen mit der Symptomatik die Voraussetzungen für eine Verarbeitung, die nur das Erleben des Decrescendo oder der Ambivalenz aufweist.

Polyneuritis (6)

Schwäche, Gangstörungen, Schmerzen, auch einige Atrophien - aber nur 2 Patienten sind ambivalent, 4 erleben, daß es aufwärts geht.

Die beiden Ambivalenten sind älter und leiden an einer Alkoholpolyneuritis. Ihr Leiden dauert schon Jahre, das der anderen Wochen bis Monate. Wenige Ärzte wurden bemüht. Der Verlauf war meist progredient, in 2 Fällen kurze Zeit bestehend.

Spastik, Ataxie (5)

Die hier überwiegenden Gangstörungen lassen die Betroffenen die Umgebung oft als besonders taktlos und ungeschickt sehen. "Was ist denn mit deinen Beinen?" wird zur gefürchteten Frage, die alles Bemühen zunichte macht, in der Konkurrenz mit den Gesunden als möglichst gleichwertig zu erscheinen. Dem Vergleich mit den Gesunden vermochte nur ein indifferenter Patient auszuweichen. Meist versuchen die Kranken, ihre Störungen zu verbergen, und geraten dadurch in drückende Insuffizienzgefühle, aus denen heraus sie manchmal mit erstaunlichen Energien erneut die Fassade des Normalen erstreben. Es mutet wie ein sthenischer Stachel an, der immer wieder der Resignation wehrt.

Die Annahme von Gegebenem gestaltet sich hier sehr schwierig. So bleibt nur Ambivalenz und Decrescendo.

Das Leiden währte bei den Meisten schon länger, verschiedene Alterstufen waren vertreten, teilweise sehr viele Ärzte hinzugezogen worden, und der Verlauf war, wenn nicht kurzfristig, chronisch progredient.

"Neuralgische Amyotrophie" (2)

Dieses kürzlich beschriebene Krankheitsbild ging mit Kraftminderung, Atrophien und auch Schmerzhaftigkeit einher. In beiden Fällen wurden die Störungen nicht sonderlich beachtet. Der eine Patient belächelte die übertriebene Sorge der Ärzte vor einer Progredienz des Leidens, dem anderen versperrte ein neurotischer Konflikt die Sicht auf die Störung.

Querschnittslähmung (1)

Bei chronischer Progredienz seines Leidens zeigte dieser Patient völlige Indolenz gegenüber seiner Querschnittslähmung.

SCHULTE beschrieb das psychische Bild bei frischen kompletten Querschnittsverletzungen als "euphorisch-indolent-apathisch". Er wies nach, daß "die Stimmung keineswegs ... depressiv" sei, sondern "vielmehr ausgeglichen, ja meist sogar zuversichtlich gehoben". Kaum ein anderer Kranker neige "so sehr zur Dissimulation", zum "Bagatellisieren". Neben anderen Gründen für dieses psychische Bild diskutierte SCHULTE "Veränderungen des Erlebnisses der eigenen Körperlichkeit auf Grund des neurologischen Defektes".

Tumor (6)

Hier überwogen Gangstörungen, Paresen, Sehstörungen und Kopfschmerzen. Bei überwiegend eingeengter Schwingungsbreite fiel eine sektorenförmig erhaltene Resonanzfähigkeit auf. Eine Kranke mit aphasischen Störungen suchte sich immerfort zu entschuldigen für ihre "Dummheit".

Diese meist alterierten Patienten waren oft schwierig zu beurteilen, da sie sich wechselnd verhielten. 4 Kranke wurden postoperativ bzw. nach einer Bestrahlung befragt, die beiden anderen warteten unruhig auf die Diagnose.

Cerebrale Gefäßsklerose (7)

Paresen, manuelle Beeinträchtigung und Gangstörungen schufen zusammen mit oftmaligem Schwindel die Situation, der sich die Kranken ausgesetzt sahen. Meist durch ihre affektive Inkontinenz gestört, sahen sie, in durchweg höherem Lebensalter stehend, auf überwiegend progrediente Verläufe zurück.

Daß 2 ein Decrescendo, 4 ein Crescendo erlebten und 1 ambivalent war, entspricht nicht ganz den Erwartungen und macht den Nachteil der kleinen Zahl deutlich.

Parkinsonismus, Parkinson'sche Erkrankung (4)

Hier wird das Erleben des involutiven Abstiegs deutlicher. 3 waren ambivalent, 1 erlebte ein deutliches Decrescendo. Die Patienten waren alle schon älter, ihr Leiden bestand meist Jahre und hatte relativ wenig Ärzte beschäftigt. Daß der immer chronisch progrediente Verlauf die Unausweichlichkeit weiterer Verschlechterungen in Aussicht stellte, verspürten alle Patienten drückend.

Die Körperstörungen, insbesondere der Tremor, hatten sie ihrem Gefühl nach abgestempelt als verbraucht und alt. Daß der letzte Akt begonnen habe, ließ die Umwelt sie fühlen; dies jedoch weniger durch verbale Abwertung als dadurch, daß sie über die Kranken hinweg lebte und sie beiseite ließ.

Die affektive Inkontinenz war so störend, weil sie den Kranken selbst ein weiterer Erweis ihrer Kontrollunfähigkeit war und dazu der Umgebung am stärksten zu dokumentieren schien, daß der Alte nun abgebaut sei.

Eine isolierte Sicht ihrer Ausfälle half allen Patienten, dieses Urteil wenigstens teilweise Lügen zu strafen.

SCHULTE stellte fest, daß diese Kranken auf eine weitere Verschlechterung ihrer Bewegungsmöglichkeiten förmlich lauern. Für sie besteht eine quälende Diskrepanz zwischen dem, was sie noch zu vermögen glauben, und dem, was die Umwelt von ihnen meint. Ihr Selbsterleben ist "von einem Decrescendo in ängstlich-eigensinniger Abwehr einer negativen Abwertung, die solcher Tendenz vorzeitig recht gäbe", erfüllt.

Ischialgie, Erkrankungen der Wirbelsäule (6)

Indifferenz (1), Crescendo (2) und Ambivalenz (3) ließen diese Patienten erkennen. Sie klagten vorwiegend über Schmerzen, Sensibilitäts- und Schlafstörungen. Altersverteilung und Krankheitsdauer waren gestreut, das Krankheitsgeschehen kurzfristig eingetreten oder seit Jahren Beschwerden bereitend. Bis auf eine

Patientin, die Angst vor unheilbarer, hoffnungsloser Krankheit hatte (Bandscheibenprolaps), fühlten sich alle nur behindert: "Das alte Kreuz macht nicht mehr mit." Auch war Ischias eine ziemlich geläufige Diagnose.

Cerebrale Durchblutungsstörungen (7)

Außerordentlich gemischt zeigten sich Störungen, Alter, Krankheitsdauer und Verläufe bei diesen Kranken, was sich in einer Aufsplitterung in alle 4 Erlebensformen kundtat.

Contusio cerebri (2)

Bei geringen körperlichen Ausfällen waren die psychischen Befunde gravierender. Mittelgradige intellektuelle Leistungseinbußen und eine durch diese Leistungsminderungen bewirkte psychodynamische Labilität waren festzustellen.

Bezüglich der Störungen zeigten sie Indifferenz bzw. Crescendo-Erleben.

Die länger zurückliegende Bewußtlosigkeit nach den jeweiligen Unfällen ließ den Eintritt der Störungen nicht unmittelbar verfolgen. Beim Erwachen war eine Situation da, die nicht als wesentlich anders als die frühere empfunden wurde, aus welchen Gründen auch immer.

Kopfschmerz (4)

Daß der Kopfschmerz meist als "ich-näher" empfunden wird als beispielsweise die Ischialgie, wird hier deutlich. So erlebte nur eine Patientin mit einem Costen-Syndrom ein Crescendo. Die anderen drei sahen die Zukunft umdüstert.

Bei zwei jugendlichen Patienten bestand der Kopfschmerz bei Milieukonflikt. Diese zeigten auch starke Zeichen vegetativer Stigmatisierung.

Der Kopfschmerz wurde teils als Hemmschuh für Beruf und Zukunft angesehen, mehr aber als Los gewertet, durch das die Herzlosigkeit der Umgebung deutlich gemacht wurde.

Hier zeigen sich die Grenzen dieser Untersuchung. Sie will keine psychodynamischen Zusammenhänge aufdecken oder die Reifung Betroffener beurteilen, sondern nur einige Reaktionsweisen auf

Krankheitsgeschehen verdeutlichen.

Lues (8)

Kaum eine der Diagnosen, die weiteren Laienkreisen bekannt sind und irgendeine Assoziation vermitteln, hat eine solch zerstörerische Macht über die Patienten, insbesondere deren Selbstwertgefühl, wie die Lues.

Abgesehen von einer Paralytikerin mit Euphorie und Demenz und einem Tabiker, der eine positive Wirkung der Krankheit auf sein geistiges Niveau behauptete, sind alle anderen voll Unruhe und verzweifelt. Sensibilitätsstörungen, motorische Ausfälle, Kopfschmerz und vegetative Labilität ließen keine Möglichkeit der Entlastung zu, etwa, es sei nur etwas Organisches (dazu waren die Störungen zu "ich-nah"), oder die Umgebung sei schuld (dagegen stand die Diagnose - selbst, wenn die Infektion konnatal oder infolge einer Vergewaltigung eingetreten war).

Vielfach wurde die Ätiologie geheimgehalten auch vor engsten Angehörigen. Oft linderte eine Entdifferenzierung den Leidensdruck etwas. Aber das Gefühl, befleckt zu sein, ließ das Innere ständig gären.

Diese tiefgreifende Wirkung erhellt besonders der Fall eines Kranken, bei dem zuerst eine Encephalomyelitis disseminata angenommen worden war - die später als Differentialdiagnose bestehen blieb -, dem dann aber eröffnet wurde, daß bei ihm eine Lues festgestellt worden sei. Von Stund an wurde aus dem vorher etwas stillen und auch zur Zuversicht fähigen Patienten ein Nervenbündel.

Ein anderer Patient mit einer Syringomyelie legte eine erhebliche Unruhe an den Tag, weil ihm gegenüber bemerkt worden war, er hätte eine Geschlechtskrankheit. Er klagte, er sei schreckhaft geworden. "Ich prüf oft meinen Kopf, ob ich schon verrückt bin."

Oft vermögen beruhigende Bemerkungen den Bann der Schande nicht zu durchbrechen. Sie werden aber dankbar registriert: "Mein Hausarzt hat gesagt, das ist eine Krankheit wie andere auch."

Narkolepsie (3)

Alle drei Patienten sind sich ihres Sonderstatus wohl bewußt. Kopfschmerzen und Schlafstörungen verblassen völlig neben dem Phänomen der Schlafanfälle. Alle weisen leichte psychische Störungen auf und sind seit vielen Jahren mit ihrem Leiden behaftet.

Während sich die beiden Männer mit fadenscheinigen Tröstungen Zukunftsentwürfe aufbauen - "Die neuen Drehbänke stellen sich ja automatisch ab, wenn man hineinfällt" -, sieht sich die Patientin unlösbaren wirtschaftlichen Schwierigkeiten gegenüber. Wegen der Schlafanfälle wurde ihr gekündigt, "Das ist ja Mord".

Sie produziert als einzige hypnagoge Halluzinationen. Verwandte und Bekannte erscheinen ihr, während sie bewegungsunfähig im Bett liegt. Erst wenn die Erscheinung schwindet, kehre "das Leben wieder". In den Anfangsjahren habe sie Angst vor den Erscheinungen gehabt, auch Angst, verrückt zu werden. Aber dann richtete sie sich mit den Phänomenen ein. Sie sagte, daß sie nun eine große Sicherheit empfände während dieser Erlebnisse. Ihre Schilderungen muten an wie die Ausmalung eines Refugiums, das ihr Trost spendet.

Die langjährige Behandlung und die Informationen der Ärzte haben schließlich die Kranken zu der Ansicht gebracht, daß zwar keine Geistesstörung, aber auch kein rein körperliches Leiden vorläge. Sie bemühen sich, die Störungen als Unterbrechungen darzustellen. Sie schlagen sich mit den Konsequenzen der Schlafanfälle herum und sind dadurch dem Zwang enthoben, eine endgültige belastende Deutung und Wertung des Leidens vornehmen zu müssen.

C. Diskussion

Geht man in der Weise dieser Untersuchung vor, daß man einige neurologische Krankheiten wählt und die Patienten exploriert, dann ist man aus Mangel an "repräsentativen" Patientenzahlen nicht in der Lage, anzugeben, daß streng abgegrenzten Krankheitsbildern spezifische Verarbeitungsweisen zuzuordnen sind.

Läßt man diese verlockende Zielsetzung fallen, dann ergibt sich nahezu von selbst der Weg zur Darstellung erkennbarer Reaktionsweisen innerhalb des Gesamts der Kranken.

Hier ließen sich nun typische Erlebensformen herausarbeiten, wobei all das zusammengetragen wurde, was die jeweilige Form kennzeichnet un mit ihr vereinbar ist.

Die Aufteilung in vier Formen des Erlebens ist durchaus anfechtbar. Sie ergab sich aber bei der Auswertung der Antworten der Kranken ziemlich zwanglos und scheint geeignet, die Vielfalt in übersichtlicher Form darzustellen. Dieses Gerüst soll der Verworrenheit entgegenwirken, insbesondere der Möglichkeit, schließlich nur eine kasuistische Aufzählung zu bringen.

Nur relativ wenige Patienten lassen sich ohne Zwang in dieses Gerüst einordnen. Viel häufiger ist eine Durchmischung der Formen, sei es, daß der Ambivalente sich schon in einer Richtung zu orientieren beginnt - aufwärts oder abwärts -, sei es, daß Crescendo und Decrescendo nicht geradlinig erlebt, sondern durch gelegentliche Befürchtungen bzw. durch hilfreiche Momente stufenartig verlangsamt werden. Auch bei Indifferenten bricht zuweilen ein gerichtetes Erleben durch, während die anderen Gruppen an der Indifferenz partizipieren können.

Was weiterhin an dieser Einteilung berechtigt sein mag, ob sie modifiziert oder erweitert werden muß, müßten speziellere Untersuchungen zeigen.

So gesehen, war die Vielfalt der Krankheitsbilder, der Störungen und Verläufe nicht ein Nachteil, der nur gewissermaßen extrapolierte Aussagen zuließ, sondern sie machte es eher möglich, eine vollständigere Angabe einzelner Erlebensformen zu liefern, als es ein einziges Krankheitsbild zugelassen hätte.

Das Crescendoerleben der von einem apoplektischen Insult Betroffenen mit der Blickrichtung auf die Wiederherstellung der Funktion oft über das Maß dessen, was an Restitution noch möglich ist, und das Decrescendo der Parkinsokranken mit der Einstellung auf eine weitere Verschlechterung sind als Modelle für verschiedene Facetten des Problems der inneren Auseinandersetzung mit dem involutiven Rückgang überhaupt zu verstehen (SCHULTE).

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich folgendermaßen umreißen:

1947 beschrieb SCHULTE das Verhalten der Rückenmarksquerschnittsverletzten als angedeutet euphorisch-indolent-apathisch, ihre Stimmung als ausgeglichen, meist sogar zuversichtlich gehoben. Neben anderen Gründen für dieses psychische Bild seien "Veränderungen des Erlebnisses der eigenen Körperlichkeit auf Grund des neurologischen Defektes" zu erwägen.

LABHARDT erörtert bezüglich der Paraplegiker das Problem der psychischen Bewältigung und der Aufgabe, die Daseinsweise entsprechend zu ändern.

STOLLREITER-BUTZON weist auf die unterschiedlichen Möglichkeiten ihrer Einordnung hin.

TRAUB und ORBACH versuchen, Störungen des Körperschemas mittels eines verstellbaren Zerrspiegels zu ergründen.

1964 stellen FINKE und SCHULTE in ihrer Arbeit "Über das Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen" 8 Punkte heraus:

1. relative Indifferenz gegenüber familiärer Belastung;
2. auch bei Belasteten weitgehende Außerachtlassung der Möglichkeit, daß Insulte auftreten oder sich wiederholen können;
3. in der Mehrzahl der Fälle zumindest initial kein Urteil über Wesen und Entstehungsort der Lähmung;
4. die Neigung, exogene Faktoren für die Entstehung verantwortlich zu machen;
5. auch bei objektiv geringer Restitutionsneigung wird subjektiv ein deutlicher Fortschritt erlebt, zumindest in der ersten Zeit;
6. nur geringe Registrierfähigkeit für die eigene Leistungs- und Seinseinbuße bei gleichzeitiger Tendenz zur Hervorkehrung werkzeugmäßiger Ausfälle;

7. in drei Viertel aller Fälle überwiegend positive Zukunftsbezogenheit, während der Vergangenheit meist wenig Beachtung geschenkt wird;
8. in manchen Fällen Träume von kompensatorischem Charakter oder Wegfall früher vorhandener Angstträume.

Sie führen weiter aus, daß es eines sehr behutsamen Vorgehens bedürfe, um dem Kranken nur soviel an Vergegenwärtigung zuzumuten, wie ertragen werden kann. Die Reifung dadurch, daß sich der Kranke der Konfrontation mit Abgrund und Endgültigkeit stellt, sei, wenigstens partiell, auch mit den reduzierten Kräften der eingemauerten Persönlichkeit nicht ausgeschlossen.

Dem Crescendoerleben dieser Patienten wird das Decrescendo der Parkinsonkranken gegenübergestellt, welche auf eine Verschlechterung förmlich lauern, jedoch "in ängstlich-eigensinniger Auflehnung gegen eine negative Etikettierung, die ihnen auf Grund ihrer Fassade von seiten der Umwelt zuteil wird. Diese Einschätzung, mit der zwangsläufig die Ausklammerung verknüpft zu sein pflegt, trifft sie deshalb so empfindlich, weil sie aus ihrer Sicht zwar dem gegenwärtigen Stand nicht gerecht wird, letztlich aber dem entspricht, was sie in stetem Vorgriff auf das in der Zukunft Drohende uneingestandenermaßen befürchten." (SCHULTE). Das Interesse gilt dabei den autoprotektiven Kräften, denen sich die Forschung genauso zuwenden solle wie den Defektsymptomen als solchen.

FÜNFGELD meint, daß das Erleben der Parkinsonkranken abhängig sei von der Artung der Primärpersönlichkeit.

JACOB untersucht die "Innensyndromatik" extrapyramidal Erkrankter, insbesondere bezüglich deren Wahrnehmungsstörungen, die zu einem Übersehen der objektiven Symptomatik durch die Kranken führen.

1967 folgt die Arbeit "Epilepsie in der Sicht des Patienten" von SCHULTE. Der Patient erlebe den Anfall erst im Spiegel seiner Umwelt, durch Nachsicht oder Aggression aber vielfach verzerrt. Er leide weniger unter den Anfällen als unter der Erschwerung der Auffassung und gedanklichen Verarbeitungsfähigkeit. Meist sei er der Konfrontierung mit der Schwere seines Leidens enthoben.

Initial halten Patienten das Anfallsereignis für abgeschlossen und erledigt, später werden äußere Entstehungsbedingungen verantwortlich gemacht. Ein leidlich unbefangenes Leben ermöglichen Mechanismen der Projektion nach außen, der Verdrängung und Einengung. Medikamente werden vielfach verabscheut, obwohl Epileptiker sonst verhältnismäßig stark um ihre Gesundheit besorgt sind. Am belastendsten sind Berufsverbot, Entzug der Kraftfahrerlaubnis und Warnung vor der Heirat, was nach Ansicht der Patienten in keinem Verhältnis steht zu den eigenen Erfahrungen mit ihrem Leiden.

SCHULTE führt weiter aus, daß das Odium der Unheilbarkeit und der sozialen Gefährlichkeit der Epileptiker diese in einen Abwehrkampf verwickele, in dem eigene Bedenklichkeiten zurückträten. Medikamentöse Anfallsfreiheit ändere die Sicht des Patienten natürlich.

1961 hatte VOGEL die Selbstwahrnehmung der Epilepsie am Falle Dostojewskijs bearbeitet.

Aufzuzeigen sind noch einige Ansätze auf verschiedenen Gebieten mit unterschiedlicher Zielrichtung:

KUHN legte dar, daß die Reaktion der körperlich Behinderten auf ihre Krankheit vorwiegend durch ihr Verhältnis zum eigenen Körper überhaupt bestimmt sei. Er fand bei denen, die mit dem Psychiater in Berührung kamen, hypochondrische Züge, Störungen der Stimmungslage und Reizbarkeit.

LUNDT gliedert die Situation der Körperbehinderten auf in das Initialerlebnis der Beschädigung, das fast immer zu einer Depression führe, im Kriege jedoch meist kürzer. Dabei erlebten Frauen eine verstümmelnde Beschädigung wesentlich intensiver. Bei langsamer sich entwickelnden Erkrankungen verliefe die Depression gedehnter und milder. In der Zwischenphase werde den Patienten ihre Hilfsbedürftigkeit voll bewußt, in der Integrationsphase schließlich erfolge eine Einpassung in Abhängigkeit von dem Verhalten der Umgebung. Über das Lebensgefühl wurden überwiegend positive Urteile abgegeben.

LUNDT meint, daß die prämorbide Persönlichkeit die Verarbeitung wesentlich beeinflusse, es also keine typischen Reaktionen oder Entwicklungen der Beschädigten gebe, sie jedoch eine

soziologisch faßbare Einheit seien.

RICHTER zeigt für die postoperativen verstümmelnden Komplikationen die Möglichkeiten der akuten Trotz-Resignations-Reaktion und der Übertragung einer präoperativen Konfliktsituation auf körperliche Operationsfolgen auf.

WINKELSTEIN und Mitarbeiter berichten, daß Patienten, die statt einer Vollnarkose eine Leitungsanaesthesie bekamen, im Vergleich zu Narkotisierten gehäuft depressiv-hypochondrische Vorstellungen zeigten.

STERN beschrieb die Psyche der Lungenkranken.

Allgemeiner stellt JORES fest, daß zwischen der Schwere einer Erkrankung und der Zahl der subjektiven Beschwerden ein umgekehrtes Verhältnis bestehe; je intensiver und schwerwiegender der Krankheitsprozeß im rein organmedizinischen Sinne sei, desto geringer seien Zahl und auch Intensität der subjektiven Beschwerden.

PAAL nennt als kennzeichnend für somatische Faktoren in der Pathogenese, daß situative oder psychische Belastungsmomente als hauptsächlich angegeben werden, daß sachlich und nüchtern geschildert, eher bagatellisiert wird und ein Mangel an Ernstwertung vorliegt. Die Patienten haben Krankheit, sie sind nicht krank und nie konkordant in Person und Syndrom.

BURSTEN und D'ESOPO zeigen, daß die Problematik des Krankseins und Krankbleibens in direkter Funktion zu den familiären und sozialen Verhältnissen stehen kann.

BODENHEIMER stellt bei der Untersuchung der Beziehungen drei Gegensatzpaare auf:
Krankheit behelligt oder verbessert die Beziehung zum Kranken;
Krankheit beschuldigt oder entschuldigt die Umwelt;
Krankheit verringert oder erhöht den Wert des Menschen.

WINZENRIED unterscheidet bei der Betrachtung der Relation zwischen objektivem Befund und subjektiven Beschwerden drei Konstellationen. Aus diesen leitet er die Begriffe Krankheitsträger, Kranker und Leidender ab.

SPEER weist darauf hin, daß chronische Erkrankungen zu einem allmählichen Verlust der Erlebenssicherheit führen können.

WIESENHÜTTER beschreibt die Zusammenhänge der Folge Erlebnis-Erleben-Leben als Einbettung ineinander.

PLÜGGE führt aus, daß körperliche Krankheit als menschliche Situation nicht allein durch körperliche Ereignisse bestimmt wird, sondern in den Weisen des Leiberlebens und Welthabens und in einer "krankheitsspezifischen Entwurfstypik" zur vollen Konkretion kommt. Weiter unterstreicht er die Rolle des Raumerlebens für das Befinden.

KÜTEMEYER hält eine rein beobachtende oder therapeutisch-manipulierende Haltung für nicht möglich. Der Therapeut (Analytiker) werde - über die Übertragungs- und Gegenübertragungsproblematik hinaus - mit seinem ganzen eigenen Erleben hineingezogen "in der prononzierten Art des Erlebens und Engagements, welche über die Beobachtung hinaus die menschliche Begegnung ausmachen". Beim Kranken wiederum weite sich das "einsame Ich" zur Person und diese zu dem, was "extra Personam" ist, d. h. der psychische Binnenraum werde zur Welt.

MITSCHERLICH untersucht den psychologischen Zugang zur Krankheit und hebt die hierbei vorliegenden, aber seltener aufspürbaren leib-seelischen Gleichzeitigkeiten hervor. Man sehe den "objektiven" körperlichen Vorgang, nicht die verborgenen Affekte. Krankheit sei also der erfahrbare Aspekt eines leib-seelischen Erregungsvorganges, dessen seelischer Aspekt im Bewußtsein verloren gegangen ist.

Bei langanhaltender und intensiver Dauerbelastung könne die höhere Organisationseinheit zerreißen und eine Defektautonomie der körperlichen Prozesse eintreten. Hier verliefe die Grenze des psychologischen Zugangs zur Krankheit.

Wichtig erscheint noch im Rahmen dieser Untersuchung das, was BALINT die apostolische Funktion des Arztes nannte, also die vage, aber fast unerschütterliche Vorstellung des Arztes von dem Verhalten, das ein Patient zeigen sollte.

Die Typen dieser Arzt-Patient-Beziehung dürften für die Selbstwahrnehmung des Patienten eine nicht geringe Rolle spielen.

Wie dieser Querschnitt durch die Literatur erkennen läßt, sind

eigentliche Darstellungen der pathischen Selbstwahrnehmung der Patienten nicht häufig.

Es gilt, die Selbstwahrnehmung weiterhin bei einzelnen Krankheitsbildern zu studieren, um möglichst viele Facetten des Problems der Verarbeitung und des Wirkens der autoprotektiven Kräfte (SCHULTE) aufleuchten zu lassen.

Die Ergebnisse von SCHULTE und FINKE werden in dieser Untersuchung deutlich bestätigt. Die familiäre Belastung war zu selten, um über das Verhalten ihr gegenüber Gültiges aussagen zu können. Außerdem unterscheiden sich natürlich die quantitativen Ergebnisse, da diese Untersuchung nicht selektiv war.

Sie läßt nun noch einige ergänzende oder deutlicher hervorgetretene Momente erkennen:

1. Die Neigung, selbst bei zutreffenden Vorstellungen über eine schwere Krankheit für sich eine günstige Prognose zu behaupten. Die Kenntnis vieler ungünstiger Fälle scheint manchmal zu dem paradoxen Schluß zu führen, daß man eben zu den besseren Verläufen gehöre.

2. Die Außerachtlassung der Möglichkeit einer Verschlechterung oder eines Schubes bei chronisch progredienten und schubweisen Verläufen.

3. Die oft hilfreiche initiale Verhüllung der Diagnose kann durch falsche Aufklärung sehr gestört werden.
Unterschiedliche Wertung der ersten Störungen: Beispielsweise Parästhesien als "Nervosität", Paresen jedoch als "Lähmung" mit schlechterer Prognose.

4. Ablehnung ungünstiger ärztlicher Diagnosen oder Abschwächung oder Aufbesserung derselben. Annahme reparabler Störungen. Fixierung auf eine Diagnose mit anschließendem Arrangement. - Beides kann also günstig sein: Raum zu lassen für die Aufbesserung der Prognose durch den Patienten oder die Klarstellung der Diagnose.
Manchmal besonders tiefgreifende Wirkung der Diagnose (Lues).

5. Entlastung durch chronische Belastungen: besonders häufig im mittleren Lebensalter, bei länger dauernder Krankheit und bei starken Sensibilitätsstörungen;
durch akute Belastungen: besonders bei jüngeren oder alten Patienten, bei kurzer Krankheitsdauer und schweren motorischen Störungen.
Dominierend werden seelische Belastungen angegeben.
Die Schutzbehauptung der Belastungen bezieht sich sowohl auf die Entstehung des Leidens als auch auf die Beeinflussung der manifesten Störungen. Bei längerer Krankheitsdauer besteht die Gefahr der Aushöhlung dieser Schutzbehauptung.

6. Mitbeteiligung der Umwelt an Krankheitsentstehung und -verschlechterung durch Vorwürfe, besonders gegen Ärzte. Würde der Arzt als optimal empfunden, dann könnte eine Verschlechterung schwerer begründet werden. - Die Beschuldigungen können mit der Zeit sinnloser werden.
Gelegentlich das Vermeiden aller Klagen, da sie nur das Leiden gewichtiger erscheinen lassen.

7. Unterschiedliche Entlastungsfähigkeit der angegebenen Belastungen: Gut entlasten die chronischen (körperlich und insbesondere seelisch) und die kombinierten (chronisch-akut, körperlich-seelisch) Anspannungen, in der Regel auch die Fixierung auf einen Faktor (Vorkrankheit, "Berufskrankheit");
schlechter bewähren sich hier meist akute Anstrengungen und Verärgerungen, wenn sie als einzige Faktoren angegeben werden (außer bei motorischen Störungen); die schwächste Möglichkeit ist die Zusammenhangsbildung mit allem Faßbaren.
Abgesehen von den tatsächlichen Gegebenheiten und der Ausgangsstruktur steuern Alter, Krankheitsdauer und Art der Störungen die Wahl der Belastungen mit (s. 5.).
Die Entlastung als krankheitsauslösender Faktor wird von den Patienten fast immer abgelehnt.

8. Oft erstaunlich genaue Angaben von Verbesserungen, teilweise in Prozenten, auch bei Diskrepanz zu den objektiven Befunden.
Das Erlebnis der Besserung ist Voraussetzung und Zeichen einer zukunftsgerichteten Dynamik.

9. Eine psychische Änderung wird meist negativ, selten aber auch positiv gewertet. - Den körperlichen Störungen wird in der Regel stärkeres Gewicht beigemessen.
Die öfters anzutreffende mangelnde Registrierfähigkeit der eigenen Ausfälle verhindert deren nachteilige Summierung, indem entweder stets die gleichen oder wechselnd immer nur einige Störungen auf einmal erfaßt werden können.
Anerkennen eigener Schwäche bei immer Kränklichen. Nachträgliche Zurückstufung eigener Vitalität, um die Gewalt des Krankheitseinbruchs zu depotenzieren, den Abstieg zu nivellieren.
Gelegentlich Einrichtung eines störungsfreien Refugiums.
Die Kranken können sich ganz krank, in ihrem "Wesen" betroffen fühlen.

10. Sich den Anforderungen gewachsen fühlen. Nur noch eine Schonfrist sei nötig. Fähig umzusatteln.
Ablenkung von der gesamten eigenen Not kann durch den Blick aufs Detail, z. B. finanzielle Not der Familie, erfolgen.
Die Krankheit bringt endlich Ruhe vor Überforderung.

11. Häufig anzutreffen ist: Besserung erlebt und vorausgesetzt, ungeduldig oder optimistisch; die Klinik bringt die Wende; sich mit Erreichtem abfinden können; sthenischer Stachel gegen die Resignation; "ich weiß noch nicht"; schließlich das Erleben des Abstiegs.

12. Ebenfalls eine breitere Skala: Ausrichtung auf die Zukunft; autosuggestive Beschwörung der Besserung; die Vergangenheit kann hilfreich sein (schon mal schwerkrank gewesen und wieder gesund geworden); Beschäftigung mit der Gegenwart kann ablenken; Abschalten, nur auf die Besserung konzentrieren; überwiegend Befürchtungen.

13. Hin-, aber auch Abwendung bezüglich der Angehörigen können helfen. Sich noch benötigt oder sich überflüssig fühlen.
Oft ein "normales" Verhalten der Angehörigen.
Krankheit als Waffe gegen die Umgebung.
Solange die Ausfälle den Kranken noch so kompensierbar erscheinen, daß sie mit den Gesunden konkurrieren zu können und auch

zu müssen glauben, sind sie sehr gefährdet. Gravierende Störungen können sie aus diesem quälenden Stadium entlassen.

14. Wunschträume mit kompensatorischem Charakter und Rückbildungsträume. Aber häufig auch Träume, die Ängste und Spannungen aufdecken.

Schließlich sind noch die Verhaltensweisen zu erwähnen, die mit Euphorie, Indifferenz, Demenz, eingeengter Schwingungsbreite u. ä. einhergehen. Der indifferente Patient ist zu einer deutlichen Resonanz nicht fähig. Daher steht er etwas außerhalb der Einstellungsweisen, die die obigen 14 Punkte skizzieren und die für Crescendo, Decrescendo und Ambivalenz charakteristisch sind.

Der Arzt muß beurteilen, wie fest der Halt des Kranken ist, ob die Sicherung, die Zuversicht ausreicht, um den Krankheitszustand erträglich zu machen, und ob eine weitergehende Vergegenwärtigung zugemutet werden kann.

Den Patienten zu betreuen, wird nur unter Beachtung der eigenen Kräfte des Kranken mit ihrer Dynamik, aber auch ihrer verschleiernden Wirkung sinnvoll geschehen können.

Steht die Sicherung auf gar zu schwachem Fundament, so muß der Arzt es doch mitunter gelten lassen, daß auch ein Kartenhaus ein Haus bedeuten kann.

Selbstverständlich, aber nicht immer völlig zu erfüllen, ist die Forderung, eigene Projektionen zu eliminieren, um nicht unter ihrem Einfluß die Erlebensform positiver oder negativer einzufärben.

Größer scheint jedoch die Gefahr, in das "Objektive" der "Zusatzbefunde" abzugleiten und dabei den Kranken in seiner unverwechselbaren Not und Hoffnung aus den Augen zu verlieren.

Theodor Fontane sagt: "... die Dinge an sich sind gleichgültig. Alles Erlebte wird erst was durch den, der es erlebt." [1]

[1] "Der Stechlin"

D. Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung knüpft an an die Arbeit von FINKE und SCHULTE "Über das Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen".

Es wurden 100 unausgewählte Patienten exploriert, die in dem Zeitraum Juli 65 bis September 66 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen auf den neurologischen Stationen behandelt wurden. So waren sehr verschiedenartige neurologische Krankheiten vertreten. Einzige Einschränkung war die Aussparung der Anfallskranken. Befragt wurden 45 Frauen und 55 Männer. Dies geschah in Gesprächsform anhand von 14 Fragen.

Die körperlichen, neurologischen und psychischen Befunde wurden im Überblick dargestellt, soweit sie für die Patienten unmittelbar relevant waren.

Bei der Auswertung der Antworten ließen sich 4 Formen des Erlebens herausstellen: a) das Crescendo mit einer zukunftsbezogenen Dynamik, b) das Decrescendo des Abstiegs, c) die Ambivalenz als Wechsel oder Überformung von a) und b) und schließlich d) die Indifferenz. Die Aussagen der Patienten wurden in diesem Rahmen betrachtet.

Eine Zuordnung der Erlebensformen zu einzelnen Krankheitsbildern wurde nur andeutungsweise vorgenommen.

Es ergab sich bezüglich der inneren Einstellung der Patienten folgendes (in Ergänzung der Ergebnisse von FINKE und SCHULTE):

1. Annahme einer günstigen Prognose, paradoxerweise auch bei Kenntnis ungünstiger Fälle.
2. Außerachtlassung der Möglichkeit einer Verschlechterung oder eines Schubes bei chronisch progredienten und schubweisen Verläufen.
3. Unterschiedliche Bewertung der initialen Störungen.
4. Ablehnung oder Aufbesserung der ärztlichen Diagnosen. Arrangement mit einer feststehenden Diagnose.
5. Schutzbehauptung (FINKE und SCHULTE) verschiedener äußerer Faktoren. Dominieren chronischer und seelischer Belastungen.
6. Mitbeteiligung der Umwelt durch Vorwürfe, auch gegen Ärzte.
7. Unterschiedliche Entlastungsfähigkeit der angegebenen Faktoren.

8. Die meist erstaunlich genaue Angabe von Verbesserungen (oft ohne objektive Entsprechung).
9. Negativ oder positiv gewertete psychische Änderung. Mangelnde Registrierfähigkeit in Bezug auf die Störungen, deren nachteilige Summierung dadurch verhindert wird.
Nachträgliche Zurückstufung eigener Vitalität, um die Gewalt des Krankheitseinbruchs zu depotenzieren.
Sich ganz betroffen fühlen.
10. Sich den Anforderungen gewachsen fühlen. Ablenkung von der gesamten eigenen Not z. B. durch finanzielle Schwierigkeiten.
Endlich Ruhe vor Überforderung.
11. Besserung erlebt und vorausgesetzt. - Sich mit Erreichtem abfinden können. - Sthenischer Stachel gegen die Resignation.
"Ich weiß noch nicht." - Das Erleben des Abstiegs.
12. Ausrichtung auf die Zukunft. - Beschäftigung mit der Vergangenheit, um nicht in die Zukunft sehen zu müssen.
Die Gegenwart kann ablenken.
13. Hinwendung und auch Abwendung bezüglich der Angehörigen können helfen. - Krankheit als Waffe gegen andere. - Sich noch benötigt oder sich überflüssig fühlen.
Quälende Konkurrenz mit den Gesunden bei leichten bis mittelschweren Störungen, jedoch selten bei schwersten Ausfällen.
14. Wunschträume mit kompensatorischem Charakter und Rückbildungsträume. Aber auch Träume, die Ängste und Spannungen aufdecken.

Diese 14 Punkte sind für Crescendo, Decrescendo und Ambivalenz charakteristisch. Der indifferente Patient ist zu einer deutlichen Resonanz nicht fähig.

Den Patienten zu betreuen, wird nur unter Beachtung der eigenen Kräfte des Kranken mit ihrer Dynamik, aber auch ihrer verschleiernden Wirkung sinnvoll geschehen können.

Für die Überlassung des Themas dieser Arbeit danke ich Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Finke.

E. Literatur

Alsen, V.:	Der psychische Befund in der neurologischen Diagnostik, Psychiatr.Neurol. Basel 138 (1959)
ders.:	Euphorie, Heidelberg 1960
Balint, M.:	Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart 1957
Bergius, R.:	Formen des Zukunftserlebens, München 1957
Bleuler, M., W. Jürg und H.R. Bühler:	Akute psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten, Stuttgart 1966
Bodenheimer, A.E.:	Die Begegnung der Umwelt mit der Krankheit, in: Die Begegnung mit dem kranken Menschen, hrsg. von A. Friedemann, Bern/Stuttgart 1967
Bollnow, O.F.:	Neue Geborgenheit, Stuttgart 1960
Brednow, W.:	Der Kranke und seine Krankheit, Nova Acta Leopoldina 152 (1961)
Bursten, B. and R. D'Esopo:	The obligation to remain sick, Arch.gen. Psychiat. 12 (1965)
Dietrich, H.:	Über die Selbstinterpretation psychisch Erkrankter in der Anamnese, Psychiatrie (Lpz.) 7 (1955)
Finke, J.:	Vom Wesen der Geborgenheit, Nervenarzt 34 (1963 a)
ders.:	Über die Zukunftsbezogenheit psychiatrischer Patienten, Confin.psychiat. 7 (1964)
ders.:	Zur Problematik seelischen Alterns, Med. Welt 5 (1965)
ders. und W. Schulte:	Über das Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen, Fortschr.Neurol. 32 (1964)
Fünfgeld, E.-W.:	Krankheitserleben und Persönlichkeit, Nervenarzt 36 (1965)
Jacob, H.:	Wahrnehmungsstörung und Krankheitserleben, Heidelberg 1955

Jores, A.:	Symptom und Organbefund, in: Befinden und Symptom, hrsg. von H. Bürger-Prinz und H.J. Winzenried, Stuttgart 1964
Kütemeyer, W.:	Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit, Göttingen 1963
Kuhn, R.:	Über psychiatrische Erfahrungen bei körperlich Behinderten, Psychiatr.Neurol. (Basel) 125 (1953)
Labhardt, F.:	Psychosomatische Probleme bei Paraplegikern, Ther. Umschau 19 (1962)
Lundt, P.V.:	Die Lebenssituation von Körperbehinderten, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1962
Minkowski, E.:	Zum Problem der erlebten Zeit, Studium gen. 2 (1955)
Mitscherlich, A.:	Der psychologische Zugang zur Krankheit, Medizinische Nr. 18 (1958)
Paal, G.:	Psychogen - somatogen, Stuttgart 1966
Plügge, H.:	Wohlbefinden und Mißbefinden, Tübingen 1962
ders.:	Über den menschlichen Raum, Psyche 17 (1964)
Richter, H.E.:	Chirurgie und Psychotherapie, Bruns'Beitr. klin.Chir. 208 (1964)
Rümke, H.C.:	Die Bedeutung von Phänomenologie und Beschreibung in der Psychiatrie, Psychotherap.med.Psychol. 12 (1962)
Schulte, W.:	Die Psyche von Rückenmarksquerschnittsverletzten, Nervenarzt 18 (1947)
ders.:	Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten, Nervenarzt 22 (1951)
ders.:	Hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Dystrophie, München/Berlin 1953

ders.:	Kopfschmerz und Persönlichkeit, Nervenarzt 26 (1955)
ders.:	Klinik der "Anstalts"-psychiatrie, Stuttgart 1962
ders.:	Probleme der psychosomatischen Krankheiten, Umschau 13 (1963)
ders.:	Zur seelischen Verarbeitung der Parkinson-Erkrankung, in: Scriptum Geriatricum, hrsg. von W. Doberauer, Wien 1963
ders.:	Vom pathischen Aspekt organischen Krankseins, Arch.ges.Psychol. 116 (1964)
ders.:	Studien zur heutigen Psychotherapie, Heidelberg 1964
ders.:	Sozialmedizinische Aspekte in der Behandlung und Fürsorge bei Alterskranken, Nervenarzt 36 (1965)
ders.:	Almanach für Neurologie und Psychiatrie, München 1967
ders.:	Ratgeber und Psychotherapeut in der Gegensätzlichkeit ihrer Funktionen, Praxis Psychotherap. Bd. XII 2 (1967)
ders.:	Psychotherapeutisch-psychiatrisches Seminar, Stuttgart 1967
ders.:	Epilepsie in der Sicht des Patienten, Nervenarzt 7 (1967)
Schulte, W. und J. Finke:	Zur inneren Verarbeitung des Schlaganfalls und seiner Folgen, Landarzt 39 (1963)
dies.:	Die innere Verarbeitung des Insultes, Mkurs.ärztl.Fortbild. (1963)
Schulte, W. und H. Harlfinger:	Altern, Fortschr.Neurol. 24 (1956)
dies.:	Die zerebrale Gefäßsklerose, in: Schettler, G.: Arteriosklerose, Stuttgart 1961
Speer, E.:	Das Erlebnis als klinische Aufgabe in der Psychotherapie, München 1966

Stern, E.:	Die Psyche des Lungenkranken, Halle 1925
ders.:	Die Einstellung des Kranken zu seiner Krankheit, Münch.med.Wschr. Nr. 7 (1925)
Stollreiter-Butzon, L.:	Psychosomatische Probleme bei Querschnittsgelähmten, Psyche 5 (1951/52)
Traub, A.C. and J. Orbach:	Psychophysical studies of body-image, Arch. gen.Psychiat. 11 (1964)
Vogel, P.:	Von der Selbstwahrnehmung der Epilepsie, Nervenarzt 32 (1961)
Wichmann:	Über das Traumerleben der Rückenmarksversehrten, Sitzungsber.Nord-.Nordwestdtsch. Neurol. u. Psychiater 1953
Wieck, H.H.:	Zur Psychologie und Psychopathologie der Erinnerungen, Stuttgart 1955
Wiesenhütter, E.:	Erlebnis und Erleben, in: Arzt im Raum des Erlebens, hrsg. von H. Stolze, München 1966
Winkelstein, Ch., R.S. Blacher and B.C. Meyer:	Psychiatric observations on surgical patients in recovery room, N.Y.St.J.Med. 65 (1965)
Winzenried, F.J.:	Die Wirbelsäule als psychiatrisches Krankheitspotential, in: Befinden und Symptom, hrsg. von H. Bürger-Prinz und F.J. Winzenried, Stuttgart 1964

Lebenslauf

Am 18.März 1942 wurde ich, Hans-Christoph Schimansky, als Sohn des damaligen Regierungsrates Dr.Gerd Schimansky und seiner Ehefrau Eva, geb. Weissenborn, in Königsberg/Pr. geboren.

1948 wurde ich in Lippstadt in Westfalen eingeschult. Von 1952 bis 1953 besuchte ich das Gymnasium in Bielefeld und dann in Schwerte/Ruhr, wo ich 1961 das Abitur bestand.

In Münster begann ich mit dem Studium der Philosophie, wechselte aber nach zwei Semestern zur Medizin über, bestand im April 1963 das Vorphysikum und im Oktober 1964 das Physikum und blieb auch im ersten klinischen Semester dort. Anschließend studierte ich fünf Semester in Tübingen. Im Februar 1968 beendete ich hier das medizinische Staatsexamen.